

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

REABILITAR PARA O QUOTIDIANO

Preparação do regresso a casa da pessoa com alteração da mobilidade resultante de Acidente Vascular Cerebral

TÂNIA MILENE PORFÍRIO SIMÕES DE CARVALHO

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

REABILITAR PARA O QUOTIDIANO

Preparação do regresso a casa da pessoa com alteração da mobilidade resultante de Acidente Vascular Cerebral

TÂNIA MILENE PORFÍRIO SIMÕES DE CARVALHO

Relatório de estágio orientado por: Professora Cristina Saraiva

2013



*“O espírito da reabilitação (...) é o testemunho de uma
atenção subtil dada às pessoas, às coisas que lhes
acontecem ao longo da existência, que as tornam diferentes
daquilo que eram antes e que afectam igualmente aqueles
que as rodeiam.”*

Hesbeen (2003, p.35)

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral é um importante problema de saúde pública, com elevadas taxas de mortalidade e morbidade. Sobreviver a um acidente desta natureza pode implicar alterações graves no desempenho de atividades básicas de vida diária. Essas alterações podem gerar a vivência de sentimentos negativos, que podem ser intensificados no regresso a casa.

Foi desenvolvido e aplicado um projeto, cujo objectivo principal era **desenvolver competências para reabilitar a pessoa com alterações da mobilidade (resultante de um acidente vascular cerebral), que perdeu a sua autonomia na realização das suas atividades de vida diária, capacitando-a para o regresso a casa**, procurando diminuir o impacto das dificuldades com que é confrontada neste processo de transição. O projeto foi desenvolvido em três ensinamentos clínicos, em diferentes contextos de prestação de cuidados de reabilitação.

Verificou-se que as pessoas visitadas em contexto domiciliário, não receberam, em contexto hospitalar, preparação eficaz para a realização de atividades básicas de vida diária. Estas pessoas manifestaram défice de conhecimentos e de estratégias para realização de atividades desta natureza.

As pessoas com quem foi implementado, no decorrer do internamento, um plano de cuidados direccionado para o desenvolvimento de competências para a realização de atividades básicas de vida diária, evidenciaram, no regresso a casa, domínio na realização dessas atividades, com estratégias desenvolvidas para gerir problemas.

Assim, é importante o desenvolvimento de planos de cuidados, direccionados a cada situação particular, implicando o encontro de estratégias, que visem diminuir as dificuldades na realização destas atividades aquando do regresso a casa.

Palavras-chave: Preparação para o regresso a casa; Acidente Vascular Cerebral; Atividades Básicas de Vida Diária; Reabilitação; Enfermagem.

ABSTRACT

Stroke is an important public health problem, with high mortality and morbidity rates. Surviving an accident of this nature may involve serious changes in the performance of basic activities of daily living. These changes can lead to the experience of negative feelings, which may be intensified at homecoming.

A project was developed and implemented, whose main objective was to **develop skills to rehabilitate the person with impaired mobility (resulting from a stroke), which lost her autonomy in her basic activities of daily living, enabling her to return home**, trying to reduce the impact of the difficulties that arise in this transition. The project was developed in three clinical traineeships, in different contexts of the rehabilitation care.

It was found that, the people that were visited at home did not receive, in the hospital, effective preparation for the realization of basic activities of daily living. These people demonstrated a knowledge gap and ineffective strategies for conducting such activities.

The people with whom we implemented, during the hospitalization, a care plan, directed to the development of skills for conducting basic activities of daily living, evidenced, in the homecoming, domain in carrying out these activities, and had developed strategies to manage these problems.

Thus, it is important to develop care plans, targeted to each particular situation, involving the gathering of strategies aimed at reducing the difficulties in carrying out these activities at the homecoming.

Keywords: Discharge Planning; Stroke; Basic Daily Life Activities; Rehabilitation; Nursing.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	7
1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS GLOBAIS	10
2. IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA	12
3. PREPARAÇÃO PARA O REGRESSO A CASA	13
4. O REGRESSO A CASA	17
5. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO	19
6. METODOLOGIA	23
7. DISCUSSÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	26
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
9. BIBLIOGRAFIA	51

APÊNDICES

I – PROJETO

II – CARTA DIRIGIDA AO EXMO Sr. DIRECTOR DA INSTITUIÇÃO
HOSPITALAR

III – NOTAS DE ENFERMAGEM REALIZADAS A PARTIR DA ADMISSÃO DO
Sr. G.

IV – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE VISITA
DOMICILIÁRIA

V – RELATÓRIO DA VISITA DOMICILIÁRIA REALIZADA

VI – PLANOS DE CUIDADOS RELEVANTES PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

VII – DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM RELEVANTES PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

ANEXO

I – FIGURA 1 DO ARTIGO “EXPERIENCING TRANSITIONS: AN EMERGING MIDDLE-RANGE THEORY” DE MELEIS, *et al.*, (2000)

INTRODUÇÃO

Associado ao Acidente Vascular Cerebral, existem a nível mundial, elevadas taxas de mortalidade (American Heart Association, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2004¹), sendo por isso considerado um importante problema de saúde pública (European Stroke Initiative, 2003; Direção Geral de Saúde, 2001).

Em Portugal, é uma das principais causas de morte e tem também associada uma elevada taxa de morbilidade (Direção Geral de Saúde, 2006). Esta última, tem uma grande expressão no quotidiano das pessoas vítimas de um acidente desta natureza, pelas alterações que provoca e pela forte necessidade de reorganização/adaptação à nova identidade.

As alterações súbitas na funcionalidade, provocam alterações no desempenho das atividades básicas de vida diária, o que induz uma diminuição do grau de satisfação pela vida (Hartman-Maeir, *et al.*, 2007) e o aparecimento de estados de depressão (Hartman-Maeir, *et al.*, 2007; Landefeld, *et al.*, 1995). A vivência desses sentimentos pode ser intensificada no regresso a casa, quando há um confronto com as dificuldades num ambiente onde outrora os movimentos eram desempenhados com autonomia e automatismo. Esse confronto pode provocar maiores níveis de reinternamentos, na procura de um ambiente seguro para a realização destas atividades. Esta premissa é justificada por Jacob e Poletick (2008) que, na sequência de uma revisão sistemática da literatura, referem que as pessoas com capacidade e confiança para se auto-cuidarem apresentam menores níveis de reinternamentos, do que aquelas que não se sentem capazes para o fazer.

Então, de que forma podem ser atenuados/supridos os sentimentos vividos, decorrentes do confronto com as dificuldades na realização de atividades básicas de vida diária? Será com o treino dessas atividades no internamento, numa fase prévia ao confronto? Durante a prática de cuidados, afirma-se com muita frequência que é feita uma preparação para o regresso a casa, depois de algum tempo dedicado ao treino de marcha ou ao incentivo do doente para cuidar da higiene de forma (progressivamente) mais autónoma. Contudo, que significado tem um treino de marcha num corredor amplo de uma enfermaria quando os corredores de sua casa são estreitos? Que significado tem o incentivo à higiene diária em condições inexistentes no seu ambiente habitual? Daqui emergem várias questões: Como

deverá ser feito esse treino? De que forma é que esse treino poderá ser personalizado, à situação ambiental, social e financeira de cada pessoa? Que profissionais deverão estar envolvidos nesta preparação do regresso a casa?

Os técnicos de saúde, envolvidos na preparação para o regresso a casa de uma pessoa com alterações da mobilidade, decorrente de um acidente vascular cerebral, nem sempre têm em conta o seu contexto habitacional, a sua envolvente familiar e social (Martins, 2002). Estas condições podem ser facilitadoras ou bloqueadoras do processo de reabilitação (Martins, 2002), pelo que a sua mobilização influencia a readaptação ao seu meio (Weiss, *et al.*, 2007). Para além disso, existem dados que evidenciam um aumento significativo dos custos associados à saúde, quando a preparação para o regresso a casa não é eficaz (Patel, *et al.*, 2004).

Esta realidade torna urgente a reflexão sobre a prática e o encontro de estratégias para melhorar a qualidade de cuidados dirigidos à preparação da pessoa com alteração da mobilidade, para o regresso a casa.

Assim, foi aplicado um projeto cujo principal objectivo era **desenvolver competências para reabilitar a pessoa com alterações da mobilidade (resultante de um acidente vascular cerebral), que perdeu a sua autonomia na realização das suas atividades básicas de vida diária, capacitando-a para o regresso a casa**, procurando diminuir o impacto das dificuldades com que é confrontada neste processo de transição.

Este objetivo, bem como os objectivos específicos daí advindos, foram desenvolvidos em três ensinamentos clínicos no período de 1 de Outubro a 15 de Fevereiro. O primeiro realizou-se com uma equipa de cuidados continuados integrados que permitiu, na realização de visitas domiciliárias, a identificação das principais dificuldades sentidas no regresso a casa, pelas pessoas com alteração de mobilidade, resultante de um acidente vascular cerebral. Após a identificação das mesmas, e após a aquisição de competências no domínio da capacitação e maximização da funcionalidade da pessoa com alteração da mobilidade, realizaram-se dois estágios posteriores, em contexto hospitalar, onde foram aplicados os conhecimentos previamente adquiridos com o fundamento de preparar eficazmente a pessoa para um regresso a casa saudável.

O referencial teórico mobilizado na prática de cuidados foi a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis. Esta teoria permite olhar e pensar a prática, direcionando-a, para as necessidades/dificuldades/capacidades da pessoa para lidar com as transições. Transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar, a outro (Shumacher e Meleis, 1994), envolve mudança, readaptação, e a aquisição de uma nova identidade (Meleis, *et al.*, 2000). Essa mudança/readaptação/aquisição é fundamental no processo de reabilitação de uma pessoa que foi vítima de um acidente vascular cerebral, e que necessita de se readaptar às alterações impostas repentinamente na sua vida.

A fundamentação do presente relatório foi baseada na bibliografia conseguida a partir de pesquisa em bases de dados de investigação e produção científica no motor de busca EBSCOhost (termos de pesquisa utilizados: discharge planning; stroke; nurs*; rehabilitation; daily life activities; basic daily life activities) e outras pesquisas através do motor de busca Google, com recurso também a bibliotecas de referência.

A estrutura deste relatório está dividida em nove partes principais. Os primeiros cinco capítulos correspondem ao enquadramento teórico, e abordam respectivamente: as consequências globais do acidente vascular cerebral (epidemiológicas, económicas, sociais, familiares e pessoais); o impacto do acidente vascular cerebral na realização de atividades básicas de vida diária, onde são apresentadas definições destas atividades e onde se abordam as implicações negativas na vida da pessoa com alteração da mobilidade; a preparação para o regresso a casa, onde e como deve ser feito; o regresso a casa efetivo, com as dificuldades subjacentes; e por fim a importância da enfermagem de reabilitação neste processo de transição. O sexto capítulo apresenta a metodologia desenvolvida sendo no sétimo capítulo feita a discussão das competências adquiridas. O oitavo capítulo apresenta as considerações finais, onde está espelhada uma sumula das principais aprendizagens e das competências desenvolvidas e onde são apresentadas sugestões/projetos a desenvolver no futuro.

No nono capítulo apresenta-se a bibliografia utilizada, à qual se segue a apresentação dos apêndices e dos anexos considerados relevantes para a apreciação deste relatório.

1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS GLOBAIS

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido pela interrupção da irrigação sanguínea, causando danos no tecido cerebral (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2013²), com sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral (Menoita, 2012).

É um importante problema de saúde pública, sendo considerado mundialmente, uma das principais causas de mortalidade (European Stroke Initiative (EUSI), 2003; Direção Geral de Saúde (DGS, 2001).

Em Portugal, apesar do elevado número de mortes associado a esta doença, que a caracteriza como a principal causa de morte nacional, as taxas de mortalidade têm vindo a decrescer (DGS, 2001). De acordo com dados fornecidos por George (2012) e pela DGS (2005), desde 2005 até 2009 verificou-se uma diminuição de 12,25% desta taxa.

É, segundo a EUSI (2003), também a primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada na Europa. Em Portugal, o AVC está entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa (DGS, 2006). Existe uma significativa percentagem de pessoas que, ao sobreviverem a um acidente desta natureza, ficam com sequelas motoras e/ou cognitivas, com alterações da motricidade facial, da linguagem, da deglutição e do padrão de eliminação (Menoita, 2012), com forte implicação emocional e social. Martins, Ribeiro e Garrett (2006) reforçam esta ideia referindo que muitas pessoas ficam com limitações que as impedem de executar com autonomia um conjunto de atividades básicas, essenciais à sua sobrevivência.

Segundo dados da DGS (2001), em cada ano existirão, três meses após o AVC, de um total de 22.500 indivíduos, 24% com uma incapacidade muito grave (0-4 na Escala de Barthel); 12,2% com incapacidade grave (5-9); 14,8% com incapacidade moderada (10-14); 18,2% com incapacidade ligeira e 30,8% independentes. Assim, estes dados evidenciam uma percentagem de 69,2% de indivíduos que apresenta incapacidade 3 meses após um acidente desta natureza.

Estas sequelas obrigam os sobreviventes destes acidentes a mudanças rápidas e inesperadas no seu modo de vida, também com repercussões na vida dos seus familiares. Segundo Serra (2010, p.21) “(...) do ponto de vista da dinâmica familiar, o evento de um AVC é sempre um processo intenso e disruptivo face ao funcionamento habitual, com um importante impacto ao nível daqueles que rodeiam o indivíduo (...)” resultando daí, a necessidade de adaptação à nova situação. Esta adaptação pode constituir um processo moroso, com expressão forte na qualidade de vida, mesmo quando as sequelas são ligeiras (Martins, 2006).

Assim, pela globalidade da sua interferência na vida da pessoa e dos seus familiares, é essencial a intervenção do enfermeiro na vivência desta transição, na reaquisição de um equilíbrio agora perdido, na procura de uma nova identidade (Meleis, *et al.*, 2000).

2. IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

As atividades de vida diária são atividades de autocuidado, que fazem parte integrante do quotidiano da pessoa, e permitem a satisfação das exigências de vida do dia-a-dia (Menoita, 2012; Marques, S., 2007).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011, p.2) define estas atividades como um “(...) conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia.”

Podem diferenciar-se, segundo vários autores (Duca, Silva & Hallal, 2009; Espelo, *et al.*, 1997) em atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Duca, Silva e Hallal (2009, p.797) referem-se às primeiras como atividades ligadas ao auto-cuidado e definem as segundas como tarefas mais complexas, muitas vezes relacionadas com a participação social da pessoa. A OE (2011, p.2) reforça, referindo-se às primeiras como atividades de higiene pessoal; controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitários; vestuário; alimentação; locomoção e transferência e às últimas como atividades domésticas e comunitárias.

A perda da capacidade funcional, resultante de um AVC, provoca alteração da capacidade de realização automática destas atividades básicas, desenvolvidas no decorrer do dia-a-dia. Segundo dados apresentados num estudo desenvolvido por Costa (2003, p.10), após um AVC “(...) a incontinência, a sintomatologia depressiva e as limitações no desempenho das actividades da vida diária, como o caminhar, cuidar da higiene pessoal e da alimentação (...)”, são as alterações com maiores implicações negativas na qualidade de vida do doente e do prestador.

Nesta lógica, são vários os autores que se referem às intervenções de reabilitação, direccionadas para o treino das ABVD do doente com AVC, como essenciais para a melhoria da qualidade de vida da pessoa e também dos seus familiares (Hartman-Maeir, *et al.*, 2007; Harris & Eng, 2004), pelo que devem constituir um dos principais objectivos da reabilitação.

3. PREPARAÇÃO PARA O REGRESSO A CASA

É frequente referir-se que, a preparação para o regresso a casa, se deve iniciar no momento da admissão à unidade de cuidados (Menoita, 2012). Na realidade, verifica-se que essa preparação, estando muito centrada na ação médica, se afasta desse ideal, o que origina uma inadequada preparação para o regresso a casa (Menoita, 2012; Petronilho, 2007). Esta situação origina a vivência de situações de stress no momento de alta, vividos pelos enfermeiros e principalmente pelas pessoas que regressam a casa, assim como pelos seus familiares (Menoita, 2012).

As alterações provocadas por um AVC envolvem adaptação à diferença, a novas regras, a novos significados, que, segundo Meleis (2000), pode envolver uma dificuldade acrescida, se a pessoa não tiver percepção ou não reconhecer a dimensão da transição. Segundo os mesmos autores, o grau de envolvimento no processo, influencia o modo como enfrenta a mudança e encontra estratégias para se adaptar. Assim, é essencial que os cuidados de enfermagem sejam prestados numa lógica em que o doente é interveniente ativo no processo de saúde, desde o início do internamento.

O envolvimento da pessoa no seu processo de saúde tem implicações positivas na vivência das transições. Os dados obtidos por Weiss, *et al.* (2007), permitem reforçar esta ideia. Os autores desenvolveram um estudo onde exploraram as percepções dos doentes face ao seu sentimento de prontidão para o período pós-internamento, e verificaram que a qualidade de ensinamentos promovia o sentimento de prontidão para a vivência dessa transição. Segundo os autores, os ensinamentos adequados promovem o domínio sobre o que é desconhecido, promovem a aquisição de estratégias de *coping* para lidar com a situação.

Numa perspectiva economicista, e com base nos dados obtidos por Patel, *et al.* (2004), pode-se afirmar que os custos na saúde diminuem significativamente quando as pessoas e/ou os seus familiares são envolvidos nos cuidados, ensinados e incentivados a desenvolver estratégias para lidar com a situação. Isso reduz o número de reinternamentos e, segundo os autores, aumenta a qualidade de vida e reduz o *burden* associado ao cuidado.

No entanto, há evidência a mostrar a existência de um outro rumo de cuidados. Almborg, *et al.*, (2008) no sentido de descrever a percepção que os doentes têm da sua participação no planeamento de regresso a casa, desenvolveram um estudo quantitativo com uma amostra de 188 pessoas, onde verificaram que a maioria dos doentes (72-90%) referem ter recebido informação relativa à sua situação, mas apenas cerca de um terço (29-38%) tiveram um papel ativo na tomada de decisão a envolver o tratamento médico. Uma pouco expressiva parte da população (cerca de 15%) referem ter tido oportunidade de discutir as metas de tratamento e a sua reabilitação após internamento.

Assim, perante esta realidade de cuidados demonstrada por Almborg, *et al.*, (2008) e baseando-nos nos dados obtidos por Patel, *et al.* (2004) e Weiss, *et al.* (2007), é urgente o desenvolvimento de estratégias para se entender o doente como um agente ativo no seu processo de cuidados, e assim desenvolver um papel promotor de uma vivência saudável de transição, com obtenção de ganhos consideráveis na qualidade de vida das pessoas.

No entanto, o sucesso deste processo não está apenas dependente da envolvimento da pessoa no plano de cuidados e na relação bidirecional de igualdade, sem distanciamento de papéis. Numa revisão sistemática da literatura, desenvolvida pela Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997), os autores concluíram que o sucesso do processo de reabilitação era superior em unidades específicas de AVC (*Dedicated Stroke Unit*), onde a equipa existente, trabalha exclusivamente na reabilitação das pessoas vítimas deste acidente. Os autores verificaram que o sucesso não estava apenas relacionado com o ensino e com o envolvimento da pessoa e da sua família, mas também com a coordenação entre os cuidados dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar e a especialização dos elementos da equipa. Este sucesso ia para além da estrutura da enfermaria ou para além do número de elementos da equipa. Estas características contribuíam para que as pessoas internadas nas unidades específicas de AVC apresentassem melhor preparação para regressar a casa, com maiores níveis de independência.

Em Portugal estão a ser desenvolvidas Unidades de AVC, com recomendações para o seu desenvolvimento descritas pela DGS desde 2001. Têm por finalidade

(...) reduzir o internamento em Hospitais de agudos, a incapacidade funcional e as complicações pós AVC e o número de doentes que necessitam de cuidados de enfermagem em casa ou nas Unidades de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno de uma grande proporção de doentes ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, ao seu local de trabalho (DGS, 2001, p.9).

Apesar do seu crescimento, segundo dados da DGS (2001), estas unidades existem ainda em número reduzido, muito inferior ao que seria desejável para suprir as necessidades da população. Assim, os doentes com AVC são habitualmente encaminhados para Serviços de Medicina ou Serviços de Neurologia, onde o enfoque dos cuidados é direccionado para a fase aguda, e onde a reabilitação não tem sido valorizada, da forma que seria desejável (DGS, 2001, p.9).

Assim, é necessário o desenvolvimento de estratégias que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação em enfermarias desta natureza.

Segundo dados da DGS (2010), relativos ao ano de 2008, um internamento por doenças do aparelho circulatório (onde, segundo a CID-9 se incluem as doenças cerebrovasculares), tem em média a duração de apenas 7,3 dias, o que muitas vezes dificulta a adequada preparação da pessoa vítima de AVC e seus familiares para o regresso a casa. Nesse sentido, é importante que de uma forma atempada se mobilizem os recursos existentes na comunidade. Em Portugal um importante recurso é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI está legislada no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho e foi criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social. É constituída por diferentes tipologias sendo as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação, as unidades de internamento que estão essencialmente "(...) orientadas para a prestação de serviços a doentes dependentes por perda transitória de autonomia (...) potencialmente recuperável e não precisam de internamento hospitalar mas que ainda requerem cuidados e tratamento clínico intenso." (Nogueira, *et al.*, 2007, p.9). Estas unidades têm como objectivos prioritários "restabelecer a função tanto quanto possível; favorecer a adaptação à nova situação de dependência; controlar ou estabilizar sintomas ou sequelas; facilitar e potenciar a reinserção familiar e social e potenciar a formação e educação de profissionais e cuidadores." (Nogueira, *et al.*, 2007, p. 18).

No entanto, existem indesejáveis listas de espera para ingresso nestas unidades. Dados da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (Newsletter RNCCI, 2011) revelam que em média esperam-se 58,3 dias para ingresso numa unidade de convalescença e 115,8 dias para ingresso nas unidades de média duração e reabilitação, na região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo esta a região do país com maiores demoras médias. A existência destas listas de espera obriga muitas vezes a um regresso a casa pouco desejado, por vezes sentido como uma imposição, principalmente quando é mal preparado.

4. O REGRESSO A CASA

No regresso a casa surge o confronto com um mundo que “de repente se transformou”. Há um confronto com um ambiente onde outrora os movimentos eram realizados com automatismo, e que agora impõe restrições à atividade. Turner, *et al* (2007), numa revisão sistemática da literatura, tendo como tema central a transição do hospital para o domicílio de pessoas com lesão cerebral, verificaram que o momento de regresso a casa, de pessoas com lesões dessa natureza, é um momento muito emocionante e muito difícil de vivenciar.

No sentido de diminuir o impacto negativo desse confronto, Serra (2010) sugere a existência de uma saída temporária do internamento que poderia contribuir para a diminuição de eventuais constrangimentos posteriores, vividos após o momento de alta e que induziriam possíveis reinternamentos. Este momento, que seria previamente preparado, permitia a aplicação de estratégias já desenvolvidas e assim promovia a diminuição do impacto por vezes tão difícil de vivenciar (Serra, 2010). Essas saídas temporárias permitiria também a identificação de necessidades.

Regressar a casa, com défices que impõem restrição à sua atividade habitual, implica também o confronto com a necessidade de alterar os papéis desempenhados no seio familiar. A pessoa quando é vítima de AVC e quando as sequelas a limitam no desenvolvimento da sua atividade profissional, passa a desempenhar um papel de dependência e passa a ser um elemento da família que não participa como outrora. Associado a esta realidade, acresce muitas vezes a necessidade do seu cuidador ter que abandonar o emprego para lhe poder prestar cuidados (Serra, 2010). Estas alterações a nível financeiro, com forte implicação na dinâmica familiar, induzem uma forte alteração na sua autoimagem e nas relações existentes (Serra, 2010).

Nesse domínio, há a considerar as transições que estão a ser vividas também pelos familiares, principalmente os familiares cuidadores. As exigências no desempenho esperado de cada cuidador varia de acordo com as necessidades manifestadas pelo doente, e que tal como refere Serra (2010) podem ser variáveis no decorrer do, por vezes longo, período de reabilitação. Nesse período são exigidas

adaptações que compreendem sempre um processo de novas aprendizagens e que podem ser importantes fontes de stress (Menoita, 2012).

Os cuidadores são habitualmente os cônjuges, pelo que a necessidade de adaptação a um novo papel pode ser vivido ainda com maior dificuldade. Estes passam a ser responsáveis pelos cuidados à pessoa com quem casaram, por quem muitas vezes tinham um interesse sexual que fora abalado, não só pela alteração da imagem, como pela alteração da funcionalidade (Cardoso, 2004). “Paralelamente, quando os cuidados de saúde são prestados por figuras que são simultaneamente parceiros sexuais, torna-se complicado separar os papéis de modo a que os momentos de intimidade sexual não sejam contaminados pela outra valência” (Cardoso, 2004, p.386). Serra (2010, p.22) reforça esta ideia referindo que:

(...) entre individuo cuidado e familiares cuidadores, todos os intervenientes estão habituados a espaços e lógicas próprias de relacionamento com as quais a prestação de cuidados pode interferir (por exemplo o apoio na higiene íntima), exigindo novas dinâmicas e quebrando anteriores espaços de privacidade (...).

Para além disso, e ainda no domínio das relações, estes cuidadores são muitas vezes “cuidadores impostos” (sem preparação prévia). Serra (2010) permitindo reforçar este princípio, refere que frequentemente os cuidadores da pessoa com AVC assumem o seu papel de uma forma súbita e com pouca ou nenhuma preparação para esse desempenho. O cônjuge, deixa de o ser por momentos, para assumir o papel de cuidador (Cardoso, 2004).

É portanto necessário entender a forma como vivem essa transição para o papel de cuidador, que significado tem para eles esta assunção de papel. A natureza da relação que tinham previamente, e os significados que têm face à doença, face à recuperação, face à implicação social, influencia o modo como esta transição é vivida (Chick & Meleis, 2010).

Este momento pode também ser entendido como uma oportunidade para se fazer novas escolhas, para se repensar a relação de modo a torná-la mais fortificada. É neste sentido que Chick e Meleis (2010) afirmam que a transição é algo positivo na vida da pessoa, uma vez que implica uma reorganização, a procura de um novo equilíbrio.

5. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

A reabilitação de uma pessoa com AVC é, segundo a National Clinical Guideline Centre (2011), um processo multidimensional, concebido para facilitar a restauração, a adaptação da perda de uma função fisiológica ou psicológica, quando a reversão do processo patológico subjacente é incompleta.

Um estudo desenvolvido por Ramires (1997) evidencia que 80% dos doentes que sofreram um AVC atingiram o melhor nível funcional às seis semanas e 90% atingiram-no às 12,5 semanas (3 meses). O autor refere que não é de esperar grande melhoria funcional ou neurológica após os 3 meses, uma vez que só 5% dos doentes farão algum progresso a partir desta altura. Quando completaram o programa de reabilitação, 20% das pessoas ficaram com incapacidade grave, 8% com incapacidade moderada, 26% com ligeira incapacidade e 46% ficaram independentes. Uma percentagem próxima dos 50% retomaram uma profissão ou mantiveram as atividades habituais.

Os programas de reabilitação devem ser estabelecidos cedo (nível de evidência I, referido por Hartman-Maeir, *et al.* 2007; Landi, *et al.* 2006; EUSI, 2003; Landefeld, *et al.*, 1995). Menoita (2012, nota introdutória) acrescenta que se verificam “(...) ganhos substanciais nas capacidades funcionais das pessoas com AVC em função da rapidez de actuação e da especificidade dos cuidados de Reabilitação.”.

Os programas de enfermagem de reabilitação, deverão ser baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas e, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Enfermagem de Reabilitação (2011, p.8658), têm como objectivos

(...) assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...). Visam promover a qualidade de vida, a reintegração da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

São programas habitualmente morosos e acarretam dificuldades que por vezes expõem a pessoa a sentimentos de frustração que a impelem ao abandono do programa (Leal, 2001). No entanto, os dados obtidos por Landi, *et al* (2006) reforçam a importância de investimento nesta área. Os autores verificaram que as pessoas com AVC que participaram num programa de reabilitação tiveram, num período de 8 semanas, um maior nível de independência nas ABVD, quando comparados com os níveis de independência do grupo de pessoas com AVC que não participaram nesse programa. Os mais elevados níveis de independência estavam associados a maiores níveis de qualidade de vida. Neste sentido, Hartman-Maeir, *et al.* (2007) verificaram também que a autonomia na realização deste tipo de atividades básicas, estava associada a um maior grau de satisfação na vivência do dia-a-dia.

Landefeld, *et al.* (1995) também evidenciam o aumento da funcionalidade nas ABVD de pessoas com alteração da mobilidade, quando estas participam num programa de reabilitação direccionado para o treino destas atividades. Com a aplicação deste programa, os autores verificaram que, para além dos maiores níveis de funcionalidade na realização das ABVD (quando comparados com o grupo de pessoas que receberam cuidados gerais), estas pessoas atingiram maiores níveis de saúde no momento de alta e menores níveis de depressão.

Os autores acrescentam que estes programas eram desenvolvidos num ambiente adaptado, sem aparentes barreiras arquitectónicas. Eram aplicados protocolos de intervenções que aumentassem a capacidade de autocuidado, a continência, a nutrição, a mobilidade, melhorassem o padrão de sono, os cuidados à pele, humor e a cognição. Eram efectuadas diariamente, avaliações da capacidade funcional do doente e reuniões com a equipa multidisciplinar. Os autores salientam a participação de uma enfermeira que se deslocasse ao domicílio se houvesse indicação para conhecer com mais pormenor as condições domiciliárias, bem como se houvesse necessidade de reorganização desse ambiente, o que permitia desde cedo o envolvimento dos enfermeiros da comunidade.

A aplicação de programas de reabilitação parece, segundo dados apresentados por Landefeld, *et al.* (1995), não implicar o aumento de custos no hospital. Os autores verificaram que a diferença de custos, entre a unidade de cuidados especiais (*special unit*) e a unidade de cuidados gerais não era

estatisticamente significativa. O que permite concluir que os custos na saúde não são impeditivos da aplicação de programas desta natureza, que permitem melhorias significativas na qualidade de cuidados e, conseqüentemente, na saúde e qualidade de vida das pessoas.

Estes programas de reabilitação, devem ser desenvolvidos para, e com a pessoa. Devem ser construídos com base na sua situação particular, e devem permitir a avaliação da forma como vive a(s) transição(ões). Estas, implicam mudança, readaptação, e a aquisição de uma nova identidade (Meleis, *et al.*, 2000), fundamental no processo de reabilitação da pessoa que foi vítima de um AVC e que necessita de se readaptar às alterações impostas, repentinamente na sua vida.

A Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis, permite olhar e pensar a prática, direcionada para as necessidades da pessoa, para as suas dificuldades e capacidades para lidar com as transições. Esta teoria é orientadora, na compreensão da forma como, cada pessoa vive a(s) transição(ões), da forma como vive o programa/plano de cuidados de reabilitação.

Adquirir esse conhecimento, implica atender à vivência do(s), períodos de instabilidade/transições, que podem ser provocados por alterações de desenvolvimento, organizacionais, situacionais e/ou de saúde-doença (Schumacher e Meleis, 1994). Quando são vários, podem ocorrer de forma sequencial ou em simultâneo e podem, ou não, estar relacionadas entre si (Meleis, *et al.*, 2000).

Perceber a natureza da(s) transição(ões) vivida(s), implica conhecer a consciência que a pessoa tem da situação (*awareness*); o seu grau de envolvimento no processo de transição (*engagement*); a mudança e a diferença (*change and difference*), sendo importante considerar o nível de conforto com as mudanças/diferenças que ocorrem; o período de tempo em que ocorrem (*time spam*), sendo possível, embora difícil, a identificação do seu início e do seu fim; e os eventos e pontos críticos (*critical points and events*), nomeadamente eventos significativos ou pontos críticos vividos aquando da mudança (Meleis, *et al.*, 2000).

A vivência dessas transições é influenciada pela existência de condições comunitárias, sociais e pessoais (nomeadamente, significados, crenças, atitudes, preparação, conhecimento e status socioeconómico), que podem facilitar ou inibir o processo saudável da transição (Meleis, *et al.*, 2000). A identificação destas

condições permite, prever a forma como a pessoa vai viver a transição, de que forma é que os seus valores, crenças e atitudes, vão influenciar o processo; permite perceber que recursos existem e que podem ser mobilizados.

No decorrer da aplicação do programa/plano de cuidados de reabilitação, o enfermeiro deve atender a fatores que indiquem se a pessoa vive a transição de forma saudável, ou se por outro lado, se direciona para a vulnerabilidade e para o risco (Meleis, *et al.*, 2000). Os mesmos autores definem estes fatores como padrões de resposta, e referem estar relacionados com o “sentir-se apegado” (*feeling connected*), com a interação com os outros (*interacting*), com o sentir-se localizado/situado (*location and being situated*), e com o desenvolvimento de confiança e de estratégias de *coping* (*developing confidence and coping*).

Os autores apontam também a necessidade de se avaliarem indicadores de resultado, ou seja, atender a indicadores que permitem avaliar o término de uma transição. São eles o domínio (*mastery*), quando a pessoa evidencia domínio sobre as capacidades e comportamentos necessários para gerir a nova situação, e a integração fluída da identidade (*fluid integrative identities*), ou seja, a pessoa assume a sua nova identidade (*vide anexo I*).

Assim, compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição, permite o desenvolvimento de um plano de cuidados, com intervenções de enfermagem que são congruentes com as experiências únicas das pessoas e suas famílias, e assim promover respostas saudáveis à transição.

Em suma, é importante a implementação de programas de reabilitação direcionados especificamente para o treino de ABVD, com vista à promoção da capacidade da pessoa com alteração da mobilidade, resultante de AVC, para realizar estas atividades de forma progressivamente mais autónoma. Estes programas devem ser implementados o mais cedo possível e adaptados às situações reais de cada pessoa, no sentido de a preparar eficazmente para o regresso a casa. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é essencial no decorrer deste processo de cuidados. É orientador no decorrer da transição. Intervém, no sentido de promover o encontro de estratégias para lidar com cada situação específica, para promover a reaquisição de uma identidade, a adaptação à diferença.

6. METODOLOGIA

De acordo com o enquadramento apresentado pode-se então afirmar que o AVC é um problema muito prevalente na população mundial, nomeadamente na população portuguesa. Tem uma elevada taxa de morbilidade, provocando uma forte influência negativa sobre a qualidade de vida das suas vítimas.

O confronto com as dificuldades, decorrentes das limitações motoras provocadas por esta doença, gera sentimentos que podem ser impeditivos da vivência saudável dessa transição, ou seja, podem influenciar negativamente a adaptação a uma nova identidade, ou a procura de um reequilíbrio. Este confronto é particularmente difícil quando esta dificuldade está associada ao desempenho de atividades básicas, como são exemplo as ABVD, principalmente, quando as pessoas saem do internamento hospitalar e regressam a casa, a um ambiente onde outrora essas atividades eram realizadas com autonomia e automatismo.

Assim, o principal objectivo era **desenvolver competências para reabilitar a pessoa com alterações da mobilidade (resultante de um AVC), que perdeu a sua autonomia na realização das suas ABVD, capacitando-a para o regresso a casa**, procurando diminuir o impacto das dificuldades com que é confrontada neste processo de transição.

Para além deste objetivo principal, foram estabelecidos os seguintes objectivos específicos, reformulados no decorrer da aplicação do projeto:

1. Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisões éticas, suportadas em princípios, valores, normas deontológicas, e evidência científica;
2. Integrar as equipas multiprofissionais, dos diferentes contextos, que são intervenientes nos processos de cuidados de pessoas a vivenciar alterações resultantes de AVC, percebendo o papel desempenhado por cada elemento, principalmente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
3. Avaliar a forma como a pessoa vive a alteração da funcionalidade,

diagnosticando situações que impõem restrição ao exercício da mesma, respeitando a privacidade da pessoa e assegurando o sigilo da informação obtida/adquirida;

4. Desenvolver planos de cuidados de reabilitação adaptados à situação singular e global de cada pessoa/família, implementando intervenções que visem maximizar a sua autonomia e/ou promover capacidades adaptativas na realização das ABVD, facilitadoras dos processos de transição saúde/doença, e avaliando a forma como as transições são vividas.

A aquisição destes objetivos foi conseguida através do desenvolvimento de atividades previamente planeadas, que foram executadas tendo como referencial teórico, a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis, já atrás discutida.

Para desenvolvimento dos objectivos enunciados, foram realizados três ensinos clínicos, decorridos no período de 1 de Outubro a 15 de Fevereiro.

O primeiro decorreu entre 1 de Outubro a 4 de Novembro, num total de 5 semanas, e foi desenvolvido em contexto de cuidados de saúde primários, com uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), com o desenvolvimento de visitas domiciliárias. Pretendia-se, nesta primeira fase, para além do cumprimento dos objectivos acima enunciados, centrar a atuação na avaliação das principais dificuldades/necessidades sentidas pelas pessoas, com alteração da mobilidade, resultante de AVC, no regresso a casa.

No período de 5 de Novembro a 13 de Janeiro, foi realizado um ensino clínico num hospital onde, um dos focos de ação, se baseia na convalescença e reabilitação de pessoas, na sua grande maioria com alterações ortopédicas e alterações neurológicas, nomeadamente de pessoas com alterações da mobilidade resultante de AVC recente. Neste período pretendia-se, além do cumprimento dos objectivos enunciados, um maior foco de atenção sobre a implementação de intervenções que visassem minimizar as dificuldades/necessidades que interferiam na vivência saudável do regresso a casa, atendendo aos conhecimentos obtidos no ensino clínico anterior. Esta instituição, permite às pessoas internadas visitas a casa, no decorrer do internamento. No sentido de melhor perceber as dificuldades

sentidas após o regresso definitivo e de avaliar a eficácia das intervenções desenvolvidas, foi proposto ao Exmo Sr. Diretor da instituição, a realização de visitas domiciliárias após o término do internamento dessas pessoas (*vide* apêndice II).

O terceiro ensino clínico, foi realizado no período de 14 de Janeiro a 15 de Fevereiro, numa Unidade de Readaptação Funcional Respiratória, cujo foco de ação é a intervenção de reabilitação junto de pessoas com alterações do foro respiratório. Nesta unidade, os cuidados são prestados a pessoas em regime de ambulatório e a pessoas internadas no hospital.

7. DISCUSSÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Atingir os objectivos enunciados no capítulo anterior, permitiu a aquisição de Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista, nos vários domínios da sua intervenção e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, essenciais ao exercício da profissão enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Para atingir esses objectivos, foram delineadas atividades, desenvolvidas ao longo do período, já descrito, de ensino clínico.

Objectivo específico:

1 - Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisões éticas, suportadas em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica;

Competências desenvolvidas

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

D2 – Baseia a sua praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

No decorrer dos diferentes ensinios clínicos foi uma preocupação premente, agir de acordo com princípios éticos e deontológicos, respeitando a pessoa, nos seus interesses, valores, costumes, entendendo-a como corresponsável no processo de cuidados.

As ações foram desenvolvidas numa lógica de transformação, ou seja, numa lógica em que a pessoa é interveniente ativo no processo de saúde. Para Kérouac, *et al.* (1996) intervir significa “ser com” a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. O sentido que a pessoa procura é que será orientador da nossa ação. A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.7), refere inclusivamente que “A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu

projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado (...) pelos outros.”

Implementar um plano de cuidados, construído sem corresponsabilidade da pessoa alvo de cuidados, significa desperdiçar força/tempo num trabalho solitário sem potencial de sucesso.

Nas diferentes situações de cuidados, ao longo deste percurso, os objectivos de cada pessoa era muito próprios. Para algumas pessoas o objectivo era recuperar totalmente, para outras, o objectivo era de se adaptar às limitações que existiam. Por tudo isto, é fundamental que o caminho se faça numa lógica de corresponsabilidade. Nesse propósito, Gonçalves (2008, p.82) refere inclusivamente que:

A elaboração do plano de cuidados deve ter em conta o projecto de vida do doente e, se possível, ser construído em parceria com ele e com a família. A participação activa do doente e família permite o envolvimento em todo o processo, assim como uma co-responsabilização nas decisões tomadas.

No decorrer da prestação de cuidados e nos diferentes ensinamentos clínicos foi sempre dado a conhecer, aos restantes elementos da equipa (referindo-me aos diferentes profissionais de saúde e à família/cuidadores), as vontades da pessoa, os planos de cuidados desenvolvidos, para que interviessem, também eles, no sentido da corresponsabilidade, respeitando as suas vontades e necessidades. Esta partilha/parceria teve sempre por princípio o respeito pela privacidade da pessoa.

Com os diferentes elementos da equipa, procurou-se sempre estabelecer uma relação de parceria, respeitando cada um, no exercício individual da sua profissão/função. Essa postura permitiu assumir uma posição central na organização e coordenação dos cuidados de reabilitação. Houve, no decorrer do desempenho desse papel, identificação de necessidades de ensino e foi feita formação, ainda que informal, dos enfermeiros de formação generalista.

Houve, ao longo dos ensinamentos clínicos, uma tentativa de evidenciar a importância das funções atribuídas ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. No entanto, este é um trabalho moroso, pelo desconhecimento social e até profissional, acerca dos domínios das competências comuns ao enfermeiro

especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Apesar dessa dificuldade, é um trabalho desafiante, pela necessidade existente de desenvolver atividades, no sentido de dar visibilidade à importância das intervenções de enfermagem de reabilitação. Nesse sentido, ao longo dos ensinamentos clínicos, as tomadas de decisão e as intervenções implementadas foram, sempre fundamentadas em princípios, valores, normas deontológicas, na experiência e em evidência científica, muitas vezes procurada, com recurso recorrente e frequente a manuais de referência e a bases de dados informáticas.

No decorrer destes ensinamentos clínicos, houve uma necessidade constante de avaliar as intervenções implementadas, refletindo sobre, e nas ações. Essas reflexões foram espelhadas em reflexões escritas, que foram construídas segundo o Ciclo de *Gibbs*, com a periodicidade frequente, tal como definido no projeto.

Em suma, atingir este objetivo permitiu perceber a importância de desenvolver planos de cuidados com a pessoa, de acordo com os seus princípios, valores, normas, vontades e objectivos. Envolver a restante equipa é essencial para a continuidade efetiva destes planos de cuidados, sendo que as intervenções desenvolvidas devem se fundamentadas na experiência, mas principalmente em evidência científica.

Objectivo específico:

2 - Integrar as equipas multiprofissionais, dos diferentes contextos, que são intervenientes nos processos de cuidados de pessoas a vivenciar alterações resultantes de AVC, percebendo as funções desempenhadas por cada elemento, principalmente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

Competências desenvolvidas:

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

A integração nos diferentes contextos, foi sendo feita de forma progressiva.

Em cada contexto, e num primeiro momento, houve uma preocupação em compreender a dinâmica de funcionamento do serviço/da equipa. Com esse intuito foi feita uma consulta dos protocolos e manuais existentes em cada local.

Foi feita uma identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados. Esta identificação foi essencial, não só para a integração no trabalho desenvolvido pelas equipas, mas também para perceber o que os profissionais de cada local preconizam como importante para a progressão de um plano de cuidados.

A colheita de dados, elaborada pela equipa de cuidados continuados, em particular pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, incide preferencialmente:

- Na avaliação da situação social, percebendo o tipo de habitação, quais as principais barreiras arquitectónicas, quais os materiais de apoio de que dispõe;
- Na avaliação neurológica, motora e funcional com aplicação na admissão e avaliações mensais posteriores, do Índice de *Katz* e da Escala de *Lawton e Brody*.

No hospital, não existe uma folha de colheita de dados específica dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. A colheita de dados nesta instituição, tem participação de todos os profissionais e incide sobre a:

- Avaliação neurológica, com aplicação do Exame Breve do Estado Mental;
- Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, através da aplicação da Escala de *Braden*;
- Avaliação de risco de queda, através da aplicação da Escala de *Morse*;
- Avaliação funcional, com aplicação da Escala de *Lawton e Brody*, do Índice de *Barthel* e do Índice de *Katz*.

Estas últimas são aplicadas no momento da admissão e no momento prévio ao regresso a casa definitivo. Nesta instituição, não existe qualquer registo das condições habitacionais e das eventuais barreiras arquitectónicas que precisassem de ser trabalhadas e eliminadas no decorrer do internamento.

Perceber o que compõe uma colheita de dados de uma equipa de cuidados

continuados permite perceber o que os profissionais dessa equipa consideram relevante na prestação de cuidados no domicílio. Atender a essa informação é essencial para que, num internamento, se faça um planeamento eficaz do regresso a casa.

Outro factor importante para o sucesso da integração nas equipas, foi a articulação com os diferentes elementos da equipa de saúde.

Na ECCI, eram realizadas reuniões multidisciplinares, onde eram apresentadas diferentes situações de cuidados, e onde podiam ser debatidas dúvidas, receios e onde se podiam planear cuidados com participação dos diferentes profissionais. Foi interessante perceber a participação de cada elemento, compreendendo qual poderia ser o contributo de cada um, para melhorar um plano de cuidados, para melhorar a intervenção junto da pessoa e sua família. Referindo-se ao cuidado de reabilitação de uma pessoa com AVC, Silva (2010), valoriza a existência de uma equipa interdisciplinar. O autor (2010, p.14) refere que “Uma vez que um AVC pode afectar tantos aspectos da vida do indivíduo, a reabilitação deve ser feita por uma equipa interdisciplinar de profissionais de saúde de diversas áreas, sempre que possível com o envolvimento de familiares e amigos.”

No decorrer do ensino clínico, realizado no hospital, a percepção das funções desempenhadas por cada profissional foi conseguida de forma mais morosa. Apesar de existirem reuniões semanais, cujos participantes são os diferentes elementos da equipa, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, não participa diretamente nesses momentos. Existe uma partilha/discussão prévia com o enfermeiro responsável por cada sector, e é este, que participa ativamente nas reuniões mencionadas. Foram vários os momentos informais, criados para apresentar propostas para o plano de cuidados de cada pessoa. Essas propostas foram posteriormente discutidas nas reuniões já mencionadas.

Apesar desta realidade, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nesta instituição é um elemento de relevo, com funções reconhecidas na prática de cuidados, pelos diferentes elementos da equipa. Assume muitas vezes o papel de formador da equipa, quando são identificadas necessidades de formação, formal e informal. Age, tal como em contexto domiciliário, e de acordo com Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Reabilitação (2011), no sentido de maximizar o potencial de funcionalidade da pessoa, de prevenir complicações, e de promover a reinserção e o exercício da cidadania, concebendo, implementando e monitorizando planos de cuidados de reabilitação, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa. Assume ainda uma função essencial na formação/ensino da pessoa e sua família e/ou seus cuidadores.

Em contexto hospitalar, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tem a importante função de promover a continuidade de cuidados com a comunidade. A promoção dessa continuidade permite que haja, após o regresso a casa, um programa de suporte de serviços de saúde, necessário para apoio na gestão das dificuldades encontradas (Turner, *et al.*, 2008). Evans, *et al.*, (1995) refere ainda que a continuidade de cuidados, do internamento para o domicílio, é essencial para aumentar a eficácia dos cuidados já prestados.

Essa continuidade de cuidados poderá passar pelo estabelecimento de protocolos de parceria, entre enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a desempenhar funções nos serviços de internamento e nas equipas de cuidados continuados. Gonçalves (2008, p.138) sugere que essa parceria se faça através de contactos telefónicos e envio de nota de alta por fax, se não houver um sistema informático instalado. Essa parceria poderia surgir também, com o intuito de, conjuntamente, avaliarem a necessidade de ser feita uma visita domiciliária, prévia ao regresso a casa, no sentido de otimizar e preparar o espaço domiciliário. Veríssimo (2004, p.61), permitindo reforçar esta ideia, refere que “(...) a visita domiciliária além de permitir assegurar a continuidade de cuidados hospitalares, é também uma forma de prevenir e promover a saúde da família (...)”. Pereira (2009, p.20) concorda com a autora e reforça, referindo que uma visita domiciliária, prévia ao regresso a casa é “(...) uma estratégia eficaz para adaptação do domicílio à nova condição de vida da Pessoa.”

Na instituição hospitalar, onde foi desenvolvido o ensino clínico, existe uma quebra de informação com a pessoa, quando esta regressa a casa definitivamente. Para além disso não existe partilha de informação com outras unidades de saúde. Foram deixadas sugestões, na instituição, no sentido de melhorar os cuidados prestados. Essas sugestões basearam-se:

- Na realização de uma carta que descrevesse o internamento, evidenciando os cuidados prestados e as metas alcançadas;
- No envio dessa carta às unidades de saúde da comunidade, da área de residência da pessoa;
- Na realização de visitas domiciliárias, idealmente de forma conjunta com enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação das equipas de cuidados continuados das áreas de residências das pessoas internadas;
- Ou na realização de um contacto telefónico à pessoa e/ou ao seu cuidador, posterior ao regresso a casa, quando a visita domiciliária não for possível de realizar.

Estas sugestões, foram recebidas com entusiasmo e motivação, no entanto, existem constrangimentos institucionais que poderão ser impeditivos da progressão destes projetos.

A integração nas equipas dos diferentes contextos, também permitiu conhecer os diferentes recursos disponíveis, possíveis de mobilizar e colocar ao dispor das pessoas com alterações da mobilidade.

A comunidade é um local rico em recursos, que por vezes estão inacessíveis, por desconhecimento das pessoas e dos profissionais de saúde, que deveriam conhecê-los, para poder encaminhar a pessoa para a mobilização dos mesmos.

No decorrer dos ensinamentos clínicos foi perceptível que os recursos mais requisitados eram as instituições para apoio na higiene e o material de apoio. Verificou-se no entanto que, apesar da sua forte e frequente necessidade, a aquisição de materiais de apoio é muitas vezes difícil por dificuldades financeiras e desconhecimento da legislação. Está legislado no Decreto-Lei 42/2011 de 23 de Março, o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). Este sistema permite a atribuição, de forma simples “(...) a pessoas com deficiência ou com uma incapacidade temporária, produtos, equipamentos ou sistemas técnicos especialmente adaptados que previnam, compensem, atenuem ou neutralizem a sua limitação funcional”.

Este regime:

(...) simplifica as formalidades exigidas pelos serviços prescritores e prevê a criação de uma base de dados de registo de pedidos com vista ao controlo dos

mesmos, evitando, (...) a duplicação de financiamento ao utente. Por outro lado, contribui para a adopção de medidas que garantem a igualdade de oportunidades de todos os cidadãos e promove a integração e participação das pessoas com deficiência e em situação de dependência na sociedade. (Decreto-Lei 42/2011 de 23 de Março, p.1617)

A ECCI, onde foi realizado o ensino clínico, possibilitava a utilização de materiais de apoio, de forma gratuita (apenas com pagamento de caução) às pessoas acompanhadas pela equipa. Tinham ao dispor: andarilhos, canadianas, auxiliares de marcha com 3 pés, tábuas de transferência e camas articuladas.

Para além deste recurso as pessoas da área de residência, pertencentes a esta unidade de saúde, têm também ao dispor, centros de dia; um serviço de voluntariado associado à biblioteca da região, onde os voluntários fazem a entrega de livros e/ou jornais na casa de pessoas dependentes, com posterior agendamento para discussão do tema; e um serviço de voluntariado associado à Faculdade Sénior do Instituto Superior de Ciências, cujos voluntários, acompanham pessoas dependentes e partilham momentos de convívio.

É por isso importante conhecer-se os diferentes recursos, das diferentes áreas de residência das pessoas que recorrem ao hospital, no sentido de lhes propor a mobilização dos mesmos.

Em suma, a integração em diversas equipas possibilita o conhecimento sobre vários contextos, permitindo a percepção das vantagens e desvantagens de diferentes métodos de trabalho. Para além disso, permite a aquisição de um vasto conhecimento sobre os recursos existentes, que podem ser mobilizados, nomeadamente nos cuidados à pessoa com AVC.

Os cuidados à pessoa vítima de um acidente desta natureza devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar, pela diversidade de conhecimentos que pode oferecer, uma vez que esta doença afecta tantas dimensões da sua existência.

Dar continuidade a esses cuidados é fundamental, principalmente quando a pessoa sai do hospital e regressa a casa. Essa continuidade permite aumentar a eficácia dos cuidados já prestados e permite dar apoio à pessoa e sua família nessa transição.

Objectivo específico:

3 - Avaliar a forma como a pessoa vive a alteração da funcionalidade, diagnosticando situações que impõem restrição ao exercício da mesma, respeitando a privacidade da pessoa e assegurando o sigilo da informação obtida/adquirida.

Competências desenvolvidas:

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

No decorrer do ensino clínico, realizado em contexto domiciliário, as pessoas com alteração da mobilidade e seus cuidadores enunciam a realização dos cuidados de higiene e as transferências, como as atividades que envolvem maior grau de dificuldade. Estas pessoas recorrem muitas vezes a apoios privados ou de instituições da comunidade, que dispõem de pessoas aptas à realização dessa atividade. O recurso a estas instituições é muitas vezes feito através do encaminhamento dos profissionais de saúde, ainda no decorrer do internamento.

As pessoas com alteração da mobilidade e seus familiares, regressam a casa, com défice de conhecimentos relativos à realização de atividades, como são exemplo: os cuidados de higiene; a alimentação; o vestir e despir; a utilização de roupa adaptada; as transferências; mobilizações no leito; treino de marcha; subida e descida de escadas; colocação de dispositivo de recolha de fezes ou urina e utilização e aquisição de materiais de apoio.

Existe muitas vezes, por parte dos cuidadores, uma substituição excessiva do seu familiar, na realização das ABVD. As pessoas acompanhadas referiam fazê-lo sem formação prévia eficaz e baseado no que consideravam correto e mais fácil de realizar. Esta realidade foi frequentemente observada no decorrer das visitas domiciliárias. Foi realizada uma visita domiciliária a um senhor, que tinha regressado recentemente de um internamento por AVC (*vide* apêndice III). O senhor

apresentava uma hemiparesia direita e afasia de expressão. Apresentava um *score* de 16, avaliado no Índice de *Katz*, apresentando um significativo grau de dependência na realização das ABVD, nomeadamente na alimentação, em que era capaz de utilizar apenas um talher, sendo incapaz de cortar alimentos; na realização dos cuidados de higiene; nas transferências e deslocações e na utilização da casa de banho. A esposa, a sua cuidadora principal, assumia uma posição maternalista, substituindo-o na realização de praticamente todas as atividades. A visita domiciliária foi realizada ao terceiro dia após o regresso a casa, e até à data, a esposa ainda não tinha proporcionado ao senhor, um banho, porque desconhecia a forma de o fazer. Estava a aguardar a visita de auxiliares de uma instituição, para a qual foram encaminhados pelos profissionais de saúde do hospital onde esteve internado. O senhor já se tinha sentado na cama, com ajuda dos filhos, que também, segundo a esposa, não receberam formação para o fazer.

A casa não estava adaptada e o único material de apoio existente era uma cadeira de rodas, que tinha sido emprestada por um vizinho. Não existiam ainda estratégias significativas desenvolvidas por esta família para lidar com a situação. A esposa apresentava períodos de forte labilidade emocional, que segundo refere, eram motivados pela desesperança na recuperação do marido e pela dificuldade que tem em proporcionar-lhe conforto.

Um estudo realizado por Reimer, *et al.* (1998) revela a existência de uma elevada sobrecarga de trabalho vivida pelos familiares cuidadores de pessoas com AVC. Segundo dados evidenciados no estudo, a incerteza sobre os cuidados é um dos principais fatores, que contribuem para a vivência dessa sobrecarga.

Pereira (2009, p.20) reitera, referindo que:

(...) a falta de informação e a não incorporação da família na prestação de cuidados são geradoras de sentimentos de incompetência para a realização de diversos procedimentos relacionados com os cuidados diários à Pessoa, afectando de forma significativa a sua saúde e o seu desempenho.

A intervenção da enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação da equipa, onde foi realizado o ensino clínico, foi essencial para o desenvolvimento de estratégias por parte dos familiares/cuidadores, para o desempenho eficaz do seu

papel. A sua intervenção surgiu no sentido de lhes prestar apoio, de esclarecer dúvidas e de promover/sugerir adaptações que facilitavam os cuidados.

As pessoas com alteração da mobilidade, com quem já tinham sido trabalhadas estratégias para lidar com esta situação, demonstravam um considerável grau de motivação para conviver com outras pessoas, referiam sentir-se alegres e confiantes. Os cuidadores destas pessoas evidenciavam conhecimentos sobre as capacidades que o seu familiar tinha para a realização das AVD, apresentavam maior domínio sobre a realização de técnicas e referiam sentir-se mais capazes para cuidar. Conseguiram superar dificuldades, quando estas surgiam.

Assim, poder-se-á considerar que as pessoas com quem foram trabalhadas estratégias de adaptação, vivenciam processos de transição saudáveis, uma vez que, sentir-se conectado, interagir com os outros, sentir-se situado e apresentar confiança e estratégias de *coping*, são indicadores de um processo de transição saudável (Meleis, *et al.*, 2000).

É fundamental atender a estas situações uma vez que, o regresso a casa impõe exigentes adaptações, que compreendem sempre um processo de novas aprendizagens e que podem ser importantes fontes de stress (Menoita, 2012). Envolver o familiar/cuidador na preparação para o regresso a casa, dando-lhe formação e prestando-lhe também a ele apoio, é essencial para o sucesso desta transição. Gonçalves (2008) refere inclusivamente que a prestação de cuidados por um familiar/cuidador, quando este está disponível e motivado para o fazer “(...) aumenta o sucesso pós alta” (p.138). Esta autora sugere a existência de cuidadores secundários, “(...) que colaborem (...) e que o substituam nos seus impedimentos ou períodos de descanso.” (p.139).

Em todas as situações de cuidados, no decorrer dos ensinamentos clínicos, os familiares/cuidadores foram identificados como importantes recursos a mobilizar. No entanto, apesar de poderem constituir fortes condições facilitadoras, os cuidadores muitas vezes experimentam uma dualidade de papéis, que pode ser difícil de experienciar. Essa dualidade deve ser trabalhada, para que a sua intervenção seja facilitadora e para que viva, também ele, uma transição saudável. Verificou-se, ao longo dos ensinamentos clínicos, que os cuidadores eram habitualmente os cônjuges. Esta

situação pode gerar a vivência de sentimentos difíceis de gerir, pela necessidade de assumir, perante a mesma pessoa, dois papéis distintos: o de cuidador e o de cônjuge. Segundo refere Cardoso (2004), estes passam a ser responsáveis pelos cuidados à pessoa com quem casaram, por quem muitas vezes tinham interesse sexual que fora abalado, não só pela alteração da imagem, como pela alteração da funcionalidade. Verificou-se, no decorrer da prestação de cuidados, que a situação de ser cuidado pelo cônjuge, também causa na pessoa cuidada, pelas mesmas razões, dificuldade na vivência da transição. Uma das senhoras que foi acompanhada no decorrer do ensino clínico em contexto hospitalar referia a esse propósito: “O meu marido só tinha mudado fraldas à minha filha... Eu sou mulher dele!” (*sic*).

Os filhos também foram identificados, ao longo dos ensinamentos clínicos, como cuidadores frequentes. No caso particular de uma das senhoras que foi acompanhada em contexto de ensino clínico, a relação que estabelecia com os filhos, particularmente o filho com quem vivia, era, numa fase inicial, inibidora do processo de transição. O filho, que subitamente passou a ser cuidador, assumia uma posição paternalista, substituindo-a na realização de todas as atividades. Serra (2010, p.23) alerta para esta situação, referindo que a assunção de um novo papel, pode ser vivida com dificuldade, principalmente quando lhe é imposto repentinamente e com pouca ou nenhuma preparação para esse desempenho do mesmo. O filho referia que “(...) não tinha noção do que ela conseguia fazer” (*sic*). Com a implementação do plano de cuidados e com o seu envolvimento na concretização do mesmo, o senhor foi identificado como um forte fator facilitador do seu processo de transição, sendo um forte impulsionador de recuperação.

Uma condição que é frequentemente inibidora do processo de transição são as barreiras arquitectónicas. Com todas as pessoas acompanhadas em contexto de ensino clínico, essas condições foram sendo trabalhadas, no sentido de promover, de forma progressiva a adaptação do espaço domiciliário.

Essas sugestões para adaptações ao espaço domiciliário, consistiam essencialmente na sua reorganização, com reorganização dos móveis para aumento do espaço de circulação; a abolição do uso de tapetes, ou o seu uso com material antiderrapante; aplicação de suportes nas casas de banho e construção de rampas

para abolir a presença de degraus. O papel desenvolvido junto das pessoas e seus cuidadores foi o de sugerir, informar, e facilitar a aquisição de materiais de apoio, nomeadamente de tábuas de transferência; cadeiras giratórias para o banho; bancos antiderrapantes para as banheiras; andarilhos; cadeiras de rodas; colchões anti-escaras e camas articuladas.

Em contexto hospitalar, houve inclusivamente necessidade de se trabalhar com os filhos de uma senhora, a necessidade de abordar a administração do prédio para aplicação de rampas de acesso ao interior do prédio e de corrimão de apoio à subida e descida de escadas. Estas ações implicam tempo para serem efectivadas, pelo que uma intervenção o mais cedo possível é essencial. Todas as adaptações e mudanças no ambiente domiciliário foram sugestões, livremente aceites pelas pessoas e seus familiares.

Outras condições, nomeadamente condições pessoais, são factores importantes, com forte influência sobre a progressão de uma transição. Meleis, *et al.* (2000) referem inclusivamente que as crenças, os significados atribuídos aos eventos, que constituem condições pessoais, influenciam a vivência de uma transição, podendo ser facilitador ou inibidor desse processo.

Em contexto hospitalar, há um forte sentimento de esperança associado à recuperação. Viver dia após dia envolvido em exercícios e treino de AVD, afasta por vezes as pessoas da necessidade de se adaptar. Em situações iniciais, muitas vezes não lidam bem com as dificuldades. Os significados que têm, relativos à alteração da funcionalidade, são por vezes inibidores da motivação para se adaptar. A vontade é a de recuperar a mobilidade perdida, e não a de se adaptar ao que existe. Essa realidade pode por vezes constituir uma condição inibidora do processo de transição, uma vez que pode ser difícil iniciar um processo de reestruturação dos seus espaços habituais ou das suas funções anteriores. A exemplo disso, foram prestados cuidados a uma senhora de 49 anos de idade, que sofreu um AVC isquémico, do qual resultou disartria ligeira, paresia facial central esquerda, disfagia, hemiplegia esquerda, hemihipostesia esquerda e incontinência urinária. Foi repentinamente confrontada com alterações bruscas na sua vida, que segundo refere, a transformaram “noutra pessoa” (*sic*). Tem agora restrições à sua atividade, que a impedem de ser independente na realização de atividades simples “básicas do

dia-a-dia” (*sic*). Era, segundo refere, uma mulher ativa, que vivia constantemente com um elevado nível de stress, associado à sua atividade profissional (diretora financeira). A senhora tinha percepção da doença e das limitações que tinha, referia vontade de se envolver ativamente no processo de recuperação. No entanto, evidenciava um fraco envolvimento na necessidade de adaptar os seus ambientes habituais, nomeadamente, a sua casa e o seu local de trabalho, uma vez que não equacionava a hipótese de não recuperar totalmente as capacidades que perdeu. Não equacionava também, a necessidade de alterar a sua função profissional ou a necessidade de delegar tarefas a outros profissionais.

Relacionado com a alteração da mobilidade e consequentemente com a alteração na realização das ABVD, pode existir a vivência de sentimentos negativos, associados à alteração da auto-imagem. Essa alteração, tem fortes repercussões na sexualidade, tantas vezes posta de parte nas avaliações que se fazem na prática de cuidados. Este sentimento é enaltecido quando as pessoas são jovens. Uma das senhoras revelava uma profunda tristeza, a propósito da necessidade de utilizar fralda. Para si, o conceito associado à utilização deste material era dirigido a pessoas pertencentes a grupos etários que não era o seu, ou associado a “pessoas incapazes” (*sic*). Essa necessidade, e o facto de apresentar uma significativa diminuição da força do hemicorpo esquerdo (força de grau 1/5 no membro superior e 3/5 no membro inferior, avaliadas na Escala de *Lower*) foram desencadeadores de sentimentos inibitórios do estabelecimento de relações sexuais. A senhora referiu: “por causa desta fralda, que me faz parecer um bebé, já não temos relações desde Outubro. (...) Não sei o que ele sente. (...) Para além da fralda, este braço teima em não mexer.” (*sic*).

É necessário atender a estas necessidades, e mediante a avaliação feita, é importante a estruturação de uma intervenção no sentido de orientar na redefinição da sexualidade. Sob este propósito, Cardoso (2004, p.388) refere que “A esfera sexual, (...) constitui uma área por excelência daquilo que se entende por abordagem holística da doença.”. O autor reforça, referindo que a negligência sobre a reabilitação sexual, constitui “(...) uma má prática clínica” (p.388).

Foram realizados todos os registos de cuidados prestados e de informações obtidas, relevantes para o desenvolvimento do processo de cuidados, havendo

constantemente respeito pela privacidade e vontade da pessoa. O *feedback* da equipa, principalmente da restante equipa de enfermagem, era de que esses registos foram, progressivamente, percebidos como instrumentos de trabalho. A equipa recorria aos mesmos para perceber a progressão dos cuidados, para prestarem cuidados com maior segurança, e para darem continuidade ao trabalho já realizado, uma vez que em cada registo se fazia um resumo do planeamento das próximas intervenções.

Em termo de conclusão, avaliar a forma como a pessoa vive a alteração da funcionalidade, permite o diagnóstico de situações que impõe restrição ao exercício da mesma.

É essencial, para o diagnóstico da situação, a avaliação das condições potencialmente inibidoras e facilitadoras do processo de transição. Os cuidadores são importantes recursos a mobilizar, devendo no entanto haver uma atenção especial pelo que precisam de saber e pela forma como vivem esse papel.

Objectivo específico:

4 - Desenvolver planos de cuidados de reabilitação adaptados à situação singular e global de cada pessoa/família, implementando intervenções que visem maximizar a sua autonomia e/ou promover capacidades adaptativas na realização das ABVD, facilitadoras dos processos de transição saúde/doença, e avaliando a forma como as transições são vividas.

Competências desenvolvidas:

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade.

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção da cidadania.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Foram realizados planos de cuidados para e com todas as pessoas acompanhadas na prestação de cuidados direta. Esses planos de cuidados eram globais, ou seja, eram “(...) planos construídos de acordo com as necessidades individuais da pessoa, com finalidade de a preparar para o regresso a casa, promovendo a sua autonomia e posterior reinserção na sociedade, dentro das suas possibilidades” (Gonçalves, 2008, p.82).

Sob orientação da Teoria de Médio Alcance, de Afaf Meleis, como atrás já foi referido, foram identificadas, a natureza das transições vividas, as condições facilitadoras e inibidoras que podiam influenciar positiva ou negativamente a vivência das mesmas e foram estabelecidos objectivos, para resolução dos problemas que foram sendo identificados.

Eram definidos os resultados esperados, as metas a atingir, mediante avaliação da sua funcionalidade, com utilização de escalas adequadas e respeitando as suas capacidades, as suas potencialidades, a sua vontade, os seus valores, costumes e crenças.

Foram utilizadas as escalas/instrumentos institucionalizados em cada serviço, uma vez que, para além de permitirem uma avaliação adequada dos parâmetros a avaliar, eram instrumentos já conhecidos por todos os elementos da equipa.

Para avaliação da funcionalidade da pessoa na realização das ABVD, foi utilizado o Índice de *Katz*, pelas razões acima enunciadas e por ser um dos instrumentos mais citados na literatura internacional e nacional (Duarte, *et al.*, 2007), com fiabilidade comprovada num estudo desenvolvido por Mendes (2008).

Em contexto hospitalar, a identificação das necessidades das pessoas aí internadas, e a sua antecipação, foi possível e facilitada, pela experiência vivida em contexto domiciliário. Saber o que as pessoas com alteração da mobilidade vivem aquando do regresso a casa, permitiu antecipar problemas e, de forma mais eficaz, planear atividades de forma a diminuí-los e/ou suprimí-los. A experiência vivida

nesse contexto, permitiu uma maior atenção sobre situações que são tantas vezes esquecidas aquando da prestação de cuidados em contexto hospitalar, nomeadamente as dimensões das casas, acessos, produtos de apoio disponíveis, condições para adaptação de produtos de apoio em casa e capacidade para os adquirir e/ou fazer.

Os planos de cuidados desenvolvidos, no decorrer dos ensinamentos clínicos, comportavam também o planeamento das atividades a desenvolver. Essas atividades eram propostas mediante um conhecimento prático e científico. Este último, era reforçado pela procura frequente de evidência científica, que permitia fundamentar a prática de cuidados de reabilitação. Essa procura foi feita, com recurso frequente a manuais de referência e fundamentalmente, com recurso a bases de dados científicas, que permitiam o acesso à evidência científica publicada recentemente.

No decorrer da implementação das atividades, baseadas no ensino, demonstração e treino de técnicas, eram desenvolvidas estratégias, conjuntamente com a pessoa, no sentido de ela própria encontrar forma de se readaptar e de maximizar a sua funcionalidade na realização das ABVD. As estratégias encontradas, para desenvolvimento dessas atividades, foram diversas e muito pessoais. O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é, nesta situação de encontro de estratégias adaptativas, o de incentivador e orientador nessa procura, alertando para práticas de risco, sugerindo intervenções para as reduzir.

Em contexto domiciliário, de uma forma geral houve uma preocupação, preferencialmente centrada nos exercícios de mobilização; nos exercícios de readaptação funcional respiratória, com treino de técnicas de conservação de energia; treino de força muscular e treino de técnicas que visassem um maior aproveitamento dos recursos previamente adquiridos.

Em contexto hospitalar, para além dessas intervenções, a atuação centrou-se também sobre: treino de AIVD e ABVD, com treino específico para realização de atividades de higiene pessoal; de transferência e locomoção; de alimentação (incluindo o treino de deglutição para controlo da disfagia); de eliminação (com treino para controlo dos esfíncteres e uso de sanitário); atividades de vestir e despir

(incluindo adaptações à roupa utilizada, não só no que se refere ao tecido, mas também à forma da roupa); reabilitação sexual; orientação e ensino para adaptação do espaço domiciliário, eliminando barreiras arquitectónicas; aquisição/construção de produtos de apoio; promoção de acesso à informação relativa a esses produtos; encaminhamento para a sua aquisição; reorganização do espaço domiciliário; encaminhamento para recurso a instituições de apoio comunitário e desenvolvimento de estratégias, juntamente com a pessoa e seus familiares para sensibilização da comunidade, no que se refere à implementação de medidas inclusivas.

Nesse contexto hospitalar, os familiares das pessoas acompanhadas foram, ao longo do internamento, envolvidos no plano de cuidados, reestruturando o espaço domiciliário, adquirindo e construindo produtos de apoio, facilitadores do desenvolvimento de ABVD aquando do regresso a casa.

Como anteriormente referido, a instituição onde foi realizado o ensino clínico em contexto hospitalar, permitia um regresso a casa temporário, pelo que esse trabalho de preparação, foi sendo concretizado ao longo do tempo e constituiu uma mais valia na vivência saudável desse momento.

Esta estratégia de cuidados, implementado nesta instituição é defendida por Serra (2010). O autor refere que estes momentos poderiam permitir a aplicação de estratégias previamente trabalhadas e assim diminuir o impacto das dificuldades no regresso a casa.

Uma das senhoras acompanhadas no decorrer do ensino clínico referia, previamente à primeira ida a casa, que temia esse regresso pela dificuldade que previa ir ter aquando do banho, uma vez que a sua casa de banho tinha uma banheira, sem qualquer material de apoio. Por esse motivo, foram desenvolvidas, em contexto hospitalar, intervenções que permitiram a esta senhora e ao seu marido decidir sobre qual seria o material mais adequado para promover a sua autonomia na realização desta atividade. A aquisição de uma cadeira giratória, adaptável à sua banheira foi essencial para a satisfação da sua necessidade diária de realizar um banho.

No entanto, apesar das intervenções implementadas no sentido de os informar e de lhes proporcionar o acesso a toda a informação, não foi possível o

treino prévio de utilização desse equipamento. A instituição não possuía esse material e portanto não foi possível o treino de utilização do mesmo. Esse treino poderia ser vantajoso uma vez que poderia diminuir as dificuldades decorrentes da sua utilização, que seriam previsíveis aquando do regresso a casa.

No ensino clínico realizado na Unidade de Readaptação Funcional Respiratória, as intervenções planeadas e implementadas também se basearam no encaminhamento das pessoas para adquirir e adaptar materiais de apoio e de reestruturar o espaço domiciliário, no sentido de promover a sua maior autonomia na realização de ABVD. Para além dessas adaptações, as intervenções incidiram também sobre a reeducação funcional respiratória, o ensino e o treino de técnicas para conservação de energia na realização de AVD, nomeadamente de ABVD. O esforço mal controlado, com o dispêndio desadequado de energia, impediam as pessoas, de serem totalmente autónomas na realização de ABVD.

A partilha de informação, com os diferentes elementos das equipas multidisciplinares, referente aos planos de cuidados, foi essencial para a sua progressão. Os planos de cuidados eram partilhados, através de registos e de reuniões informais. Na instituição hospitalar essas reuniões informais eram preferencialmente realizadas com os enfermeiros de formação generalista do serviço, como atrás referido.

É manifesto um significativo benefício no envolvimento dos diferentes profissionais da equipa, principalmente dos enfermeiros com formação generalista, com quem trabalhamos mais diretamente, uma vez que a sua motivação e envolvimento permitem a progressão de atividades que não teriam continuidade sem a sua participação.

A propósito do exposto, houve necessidade de se reformular a disposição de quartos e de se redistribuírem as pessoas por quartos diferentes, no sentido de promover a facilitação cruzada de pessoas com alteração da mobilidade resultante de AVC. Sem a sua motivação e participação, essa atividade seria dificilmente conseguida. Para além disso, o treino de atividades, como é exemplo o vestir e o despir, não seriam continuadas se esses profissionais não fossem envolvidos e sensibilizados, para as capacidades das pessoas e para a real necessidade de se dar continuidade a esse treino.

Os planos de cuidados comportavam também avaliações periódicas, variáveis mediante a necessidade, com recurso à observação, e sempre que possível, às escalas de avaliação e instrumentos de medida, já descritas anteriormente.

Essas avaliações, que permitiam uma monitorização das respostas às intervenções implementadas, eram registadas e partilhadas com a pessoa e com a restante equipa, sendo possível a percepção das evoluções conquistadas, ou eventualmente das involuções que obrigavam e permitiam a percepção da necessidade de uma reestruturação da atuação.

Os resultados obtidos eram comparados com as metas estabelecidas sendo interessante verificar que, principalmente em contexto hospitalar, uma vez que foi o local onde foram desenvolvidas mais atividades e durante um maior período, esses resultados foram bastante positivos. As pessoas evidenciaram indicadores que permitiam verificar a progressão saudável de uma transição. Foram evidenciando um maior nível de interação, estabeleciam laços com pessoas que lhe estavam próximas, situavam-se, identificando o espaço como parte da sua vida e essencial para a sua recuperação e desenvolviam estratégias de *coping* para lidar com as dificuldades. Estes são, segundo refere Meleis, *et al.* (2000), indicadores de um processo de transição saudável.

Foi proposta, como anteriormente descrito, a realização de visitas domiciliárias às pessoas com alteração da mobilidade a quem foram prestados cuidados em contexto hospitalar. No período em que decorreu o ensino clínico, apenas duas pessoas regressaram a casa definitivamente. Uma delas recusou a visita, alegando motivos pessoais. A outra senhora deu o seu consentimento para a realização da mesma (*vide* apêndice IV). Regressou a casa, com um nível de independência, avaliado com o Índice de Katz, significativamente maior, quando comparado com a classificação avaliada aquando da admissão na instituição hospitalar. No decorrer do internamento, todos os objectivos estabelecidos no plano de cuidados foram atingidos. No momento do regresso a casa havia um domínio, por parte da senhora, na realização das AVD. Esse domínio poderia no entanto alterar-se, quando regressasse a casa definitivamente. A senhora dominava o espaço onde viveu cerca de 2 meses e onde readquiriu capacidades para viver autonomamente. Agora, apesar das competências já estarem adquiridas, o espaço de domínio iria

mudar. Será que poderia haver regressão das competências adquiridas? Haveria dificuldade em implementar o que aprendeu, ao seu espaço real? Para validação da eficácia das intervenções efectuadas, para verificação de dúvidas ou dificuldades que não tenham sido previamente trabalhadas no decorrer do internamento, foi então realizada a visita domiciliária, cinco dias após a saída do hospital (*vide* apêndice V).

O regresso a casa foi vivido de forma saudável. A senhora e o seu filho apresentavam domínio sobre o espaço que os envolvia. A senhora dominava a realização das atividades e o filho apresentava agora um domínio sobre o papel que lhe foi em tempos imposto: o de cuidador. Esse papel era, inicialmente vivido com paternalismo, por desconhecimento, por assumir uma necessidade inexistente de substituição nas AVD. Viviam agora adaptados à situação, ou seja, apresentavam domínio na realização de todas as atividades, no seu espaço adaptado; estabeleceram uma rotina para realização das atividades e entendiam-na como parte integrante da sua nova identidade. Segundo Meleis, *et al.* (2000), estes constituem indicadores de resultado, indicadores que permitem aferir a vivência saudável de uma transição, nesta situação particular, a vivência saudável deste processo de transição de saúde/doença.

As intervenções desenvolvidas no decorrer do internamento, que se basearam na realização de exercícios de mobilização e treino de força muscular; treino de ABVD e AIVD; orientação e ensino para adaptação do espaço domiciliário; nomeadamente da reorganização dos móveis que impediam uma passagem livre no corredor e nas divisões; abolição dos tapetes espalhados pela casa; aplicação de tapete antiderrapante e de barras de apoio no *poliban*, permitiram uma transição saudável para o seu ambiente, que continuou a ser o seu ambiente habitual. As pequenas alterações, facilitadoras da sua autonomia na realização de AVD, não clivaram com o ambiente outrora existente.

O trabalho desenvolvido com esta família foi exemplificativo da importância do desenvolvimento de um plano de cuidados adaptado a cada pessoa, a cada situação particular e, mais especificamente, da importância de se desenvolverem intervenções que visem a diminuição do impacto dos problemas no regresso a casa após um AVC. A implementação de um plano desta natureza, permite a aquisição de

estratégias de *coping* para lidar/resolver problemas que surgem quando estão no seu ambiente. Estas pessoas, quando agora são expostos a problemas, conseguem mobilizar estratégias para os resolver.

A senhora e o seu filho referem-se à visita realizada, como “enriquecedora” (*sic*), por terem tido oportunidade de, receber mais ensinamentos e sugestões para melhorar a adaptação ao seu ambiente e por terem tido oportunidade de esclarecer pequenas dúvidas que surgiram após o regresso a casa.

A realização desta visita permitiu, não só perceber que o plano de reabilitação implementado foi eficaz e que contribuiu para a vivência saudável deste processo de transição, mas também para prestar apoio nesta fase transitória, que medeia a saída do hospital e o regresso a casa. É neste sentido que Gonçalves (2008) refere que o enfermeiro, que presta cuidados em contexto hospitalar, deveria realizar visitas domiciliárias, no sentido de promover a continuidade de cuidados e prestar apoio numa fase transitória. A mesma autora, refere ainda que é importante a envolvimento das equipas de cuidados de saúde primários nesta fase transitória.

Em suma, é importante a planificação de cuidados com a pessoa, atendendo às suas necessidades reais, às suas vontades, princípios e valores. A sua implementação deve envolver a família/cuidadores e toda a equipa multidisciplinar, proporcionando a resolução de problemas globais. Devem ser desenvolvidas, no sentido de maximizar a funcionalidade da pessoa e no sentido de diminuir o impacto das dificuldades geradas pela alteração da funcionalidade. É essencial que haja uma monitorização/avaliação das metas alcançadas, dos objectivos conseguidos, e da forma como está a ser vivida a transição, para que se perceba a necessidade de direccionar as intervenções noutra forma ou de dar continuidade ao anteriormente planeado.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas visitadas, em contexto domiciliário, que regressaram a casa vindas de um internamento hospitalar motivado pela ocorrência de um AVC, revelam défice de conhecimentos para, e na realização de ABVD.

Quando ainda não tinham sido desenvolvidas estratégias para o desenvolvimento destas atividades, as pessoas visitadas referiam sentir-se inseguras, tristes e com elevado nível de ansiedade. Quando eram desenvolvidas essas estratégias, as pessoas referiam sentir-se alegres, confiantes, com domínio na realização de atividades, constituindo estes, indicadores da vivência saudável de transição, segundo refere Meleis, *et al.* (2000).

As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação podem ser fundamentais na orientação da procura dessas estratégias com vista a uma adaptação. Este profissional procura maximizar a potencialidade da pessoa, tentando adaptar o ambiente às suas condicionantes físicas. Deve implementar intervenções que visem o desenvolvimento de estratégias para o desempenho eficaz das funções de cuidador, esclarecendo dúvidas, apoiando na assunção deste novo papel, e na gestão dos diferentes papéis desempenhados, nomeadamente de cuidador e filho ou cuidador e cônjuge.

A envolvimento dos vários profissionais da equipa, permite um apoio alargado às múltiplas necessidades da pessoa e seus familiares/cuidadores. É evidente o benefício de reuniões periódicas com participação desses elementos, nomeadamente do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, para discussão dos planos de cuidados e para promoção da reflexão na, e sobre a ação.

Os planos de cuidados, desenvolvidos com a pessoa devem surgir após uma avaliação rigorosa da natureza das transições vividas e das condições existentes, que podem ser facilitadoras ou inibidoras da vivência saudável da transição.

Para as pessoas acompanhadas, os familiares foram identificados como os principais recursos a mobilizar. No entanto, numa fase inicial constituíam factores inibidores, pela insegurança na prestação de cuidados e pelo desconhecimento em lidar com a situação. As intervenções desenvolvidas, no sentido de os tornar agentes ativos do processo de cuidados, foram essenciais para assumirem o seu

papel com eficácia.

Os fatores comunitários que mais frequentemente foram identificados como facilitadores, foram os recursos institucionais da comunidade. É essencial que haja, por parte do enfermeiro especialista, o conhecimento dos recursos disponíveis na comunidade para que a pessoa possa ser orientada na mobilização dos mesmos.

Os fatores comunitários mais frequentemente referidos pelas pessoas acompanhadas como inibidores foram as barreiras arquitectónicas. As intervenções desenvolvidas no sentido de as eliminar ou inibir basearam-se fundamentalmente na mobilização de recursos para a reestruturação dos ambientes fora do espaço domiciliário, na aquisição de produtos de apoio e na reorganização do espaço domiciliário.

Os fatores pessoais mais frequentemente identificados nas pessoas acompanhadas, como potencialmente inibidores do processo de transição saudável foram, a dificuldade em aceitar a diferença, e por isso a dificuldade em procurar medidas adaptativas, e a alteração da autoimagem, que quando não é aceite, gera a existência de um outro problema, associado à expressão da sexualidade.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é essencial na identificação e mobilização das condições sociais, comunitárias e pessoais de cada pessoa. A identificação das mesmas permite perceber o que deve ser potenciado, inibido ou eliminado.

É benéfica a descrição dessas condições em instrumentos de trabalho, identificados habitualmente como folhas de colheitas de dados. Estas condições, principalmente as condições comunitárias, nomeadamente as barreiras arquitectónicas, não são ainda valorizadas em contexto hospitalar.

Devem ser feitas avaliações regulares, com identificação de indicadores de processo, permitindo aferir o benefício de dar continuidade ao plano ou a necessidade de o reestruturar. É essencial que a informação obtida a partir destas avaliações, seja partilhada com a restante equipa, no sentido dos seus elementos serem também promotores de um ambiente facilitador da continuidade das intervenções desenvolvidas em todos os períodos do dia.

A partilha de informação com outros profissionais deve ser também mantida aquando do regresso a casa. É benéfica a existência de um documento contendo

informação relativa ao resumo do internamento, às condições facilitadoras e inibidoras existentes e trabalhadas/mobilizadas, às intervenções desenvolvidas, às metas atingidas e ao plano de intervenções futuras. Essa informação pode ser partilhada também através de telefone ou pessoalmente, colocando-se a hipótese ideal de se realizar um primeira visita conjunta. A visita domiciliária não tem que surgir após o regresso efetivo, podendo ser feita previamente.

Verificou-se também que a possibilidade de um regresso a casa temporário, prévio a um regresso definitivo, permitia o trabalho sobre dificuldades que iam surgindo, tendo constituído um benefício para as pessoas que foram acompanhadas. No entanto, poucas instituições hospitalares permitem essa prática. Deste modo, sugere-se um trabalho de investigação no sentido de comprovar teoricamente as evidências práticas constatadas.

A conclusão deste trabalho, principalmente após se verificar a necessidade de treino de ABVD antes do regresso a casa, deixa em plano o desenvolvimento de outros projetos, nomeadamente a criação de um espaço para treino dessas atividades, em contexto hospitalar, um espaço que reunisse condições semelhantes às existentes em casa de cada pessoa.

O desenvolvimento dos ensinamentos clínicos, onde foram desenvolvidos os objetivos propostos, permitiram a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e as comuns de enfermeiro especialista em todos os domínios da sua intervenção. Apesar da existência de dificuldades iniciais encontradas para desenvolvimento do projeto, foram encontradas estratégias para as superar.

BIBLIOGRAFIA

- Almborg, A.-H., *et al.* (2008). Patient's perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 199-209.
- American Heart Association (2011). Heart Disease and Stroke Statistics 2011 Update: A Report from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*. Acedido a 18/07/2012 em <http://circ.ahajournals.org/content/123/4/e18.full.pdf+html>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito : Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Rev. Port. Clin. Geral*. 20, 385-394
- Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Nursing Concept. In: Meleis, A. *Transitions Theory: Middle-range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. (p.24-38)
- Circular Normativa nº03/DSPCS. Despacho Nº 16415/2003. Actualização do programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Direcção Geral de Saúde. *Diário da República, II Série*, Nº 193 (22-08-2006) Acedido a 19/07/2012 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198/0/circularnormativadgs03dspcs060206.pdf>
- Costa, D. (2003). *Qualidade de Vida pós-AVC: Resultados duma intervenção social*. Porto. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Especialização em Epidemiologia. Apresentada na Universidade do Porto

- Counihan, T. (2005). Doença Vascular Cerebral. In Andreoli; *et al.* – *Cecil, Medicina Interna Básica*. (6ª edição). (p.1019-1021). Elsevier Editora.
- Decreto-Lei 42/2011 de 23 de Março, *Diário da República, I Série*. Nº 58 (23-03-2011), 1617.
- Direcção Geral da Saúde (2001). *Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2005). *Risco de morrer em Portugal*. Volume I. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Duarte, Y., Andrade, C. & Lebrão, M. (2007). O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2 (41), 317-325.
- Duca, G., Silva, M. & Hallal, P. (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*. 5 (43), 796-805.
- Espejo, *et al.*, (1997). Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Aten Primaria*. 20 (1), 3-11
- European Stroke Initiative (EUSI) (2003). *AVC Isquémico: Profilaxia e Tratamento Informação para médicos hospitalares e medicina ambulatoria*. Acedido a 15/07/2012 em http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf
- Evans, R.L., Connis, R.T., Hendricks, R.D. & Haselkorn, J.K., (1995). Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. (40), 1699 –1706

- George, F. (2012). Causas de Morte em Portugal e Desafios na Prevenção. *Acta Médica Portuguesa*, 2 (25), 61-63.
- Harris, J. & Eng, J. (2004). Goal Priorities Identified through Client-Centred Measurement in Individuals with Chronic Stroke. *Physiother Can*, 56 p. 171-176.
- Hartman-Maeir, *et al.* (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation*, 7 (29) p. 559-566
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusodidacta.
- Jacob, L. ; Poletick, E. (2008). Systematic Review: Predictors of Successful Transition to Community – Based Care for Adults with Chronic Care Needs. *Care Management Journals*. 9 (4), 154-165
- Kérouac, S. *et al.* (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Mason, S.A.
- Landefeld, M.D., Palmer, M.D., Kresevic, M.S.N., Fortinsky, Ph.D. & Kowal, M.D. (1995). A Randomized Trial os Care in a Hospital Medical Unit Especially Designed to Improve the Functional Outcomes of Acutely Ill Older Patients. *The New England Journal os Medicine*. 332 (20), 1338-1344
- Landi, *et al.* (2006). Effects of an Occupational Therapy Program on Functional Outcomes in Older Stroke Patients. *Gerontology*. (52), 85-91
- Leal, F. (2001). Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In: Padilha, J. *et al. Enfermagem em Neurologia*. (p. 131-151). Coimbra: Formasau.

- Lhotellier, Alexandre (1986). *Le travail méthodique de Project: Education Permanente*. Paris.
- Marques, S. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.
- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família: O doente com AVC*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- Martins, T.; Ribeiro, J.P.; Garrett, C. (2006). Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluation nueve meses después del alta hospitalaria. *Rev. Neurologia*. 11 (42), 655-659.
- Meleis, A.; *et al.* (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), 12–28
- Mendes, S. (2008). *Avaliação do Risco de Dependência Funcional em Pessoas Idosas*. Dissertação de Mestrado. Aveiro. Apresentada na Universidade de Aveiro
- Menoita, E.; *et al.* (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Loures: Lusociência.
- National Clinical Guideline Centre (2011). *Stroke rehabilitation : The rehabilitation and support of stroke patients*. London
- Newsletter da RNCCI (2011) Unidade de Missão para os cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Direcção Geral da

Saúde. Acedida a 5/02/2012 em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/newsletter_umcci_n1_2011.pdf

Nogueira, J. M., *et al.* (2007). Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais. *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Acedido a 9/07/2012 em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UnidadesReabilitacaodeAVCfinal.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer sobre Actividades de Vida Diária *Parecer nº12/2011 Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*, p.1-2 Acedido a 15/07/2012 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

Patel, A., *et al.* (2004). Training care givers of stroke patients: economic evaluation. *BMJ*. 328, 1-6.

Pereira, T. (2009). O regresso a casa. *Enformação*. (12), 18-21.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.

Petronilho, F. (2008). *A transição da família para o exercício do papel de cuidadora. Revisão Sistemática da Literatura*. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Acedido em 09/03/2013 em <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/242565.PDF>

Ramires, I. (1997). Reabilitação no Acidente Vascular Cerebral: do Hospital à

Comunidade. *Ata Médica Portuguesa*. (10), 557-62.

Regulamento nº 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, II Série*. Nº 35 (18-02-2011), 8648-8653 Acedido a 06/07/2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Regulamento nº 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, II Série*. Nº 35 (18-02-2011), 8658-8659. Acedido a 06/07/2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

Reimer, S., Haan, R., Rijnders, P., Limburg, M. & Bos, G. (1998). The Burden of Caregiving in Partners of Long-Term Stroke Survivors. *Stroke*. 29, 1605-1611. Acedido a 17/03/2013 em <http://stroke.ahajournals.org/content/29/8/1605.full.pdf+html?sid=404ead8b-f1cb-4178-b8ce-ddb3474e03cf>

Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 26 (2), 119-127.

Serra, M. (2010). O regresso a casa do utente com AVC: Um desafio de reabilitação para a enfermagem e para a família. *Enformação*. (13), 20-25.

Silva, E. (2012). *Reabilitação após o AVC*. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Acedido em 10/03/2013 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf>

Straten, M., *et al.* (1997). Length of Hospital Stay and Discharge Delays in Stroke

Patients. *Stroke*, 28, 137-140. Acedido a 05/07/2012 em <http://stroke.ahajournals.org/content/28/1/137.long>

Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997). Collaborative systematic review of the randomized trials of organized inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ*. 314, 1151-1158.

Turner, B.; *et al.* (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: A literature review and research recommendations. *Disability and Rehabilitation*. 16 (30), 1153 – 1176.

Veríssimo, C. (2004). Os cuidadores familiares/informais – cuidar do doente idoso dependente no domicílio. *Pensar Enfermagem*. 8 (1), 60-65.

Weiss; *et al.* (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*. 21(1), 31–42.

Referências informáticas

¹ <https://apps.who.int/infobase/Mortality.aspx?l=&Group1=RBTCntyByRg&DDCntyByRg=EUR&DDLCntyName=1004&DDLYear=2004&TextBoxImgName=go>
Acedido em 25/05/2012

² http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
Acedido em 22/04/2013

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular Opção II
PROJECTO DE FORMAÇÃO

REABILITAR PARA O QUOTIDIANO

**Preparação do regresso a casa de uma pessoa com alteração
da mobilidade resultante de AVC**

Orientado por: Professora Pedreira Reina
Elaborado por: Tânia Milene Porfírio Simões de Carvalho (nº3949)

Lisboa
Julho de 2012

O espírito da reabilitação “(...) é o testemunho de uma atenção subtil dada às pessoas, às coisas que lhes acontecem ao longo da existência, que as tornam diferentes daquilo que eram antes e que afectam igualmente aqueles que as rodeiam.”

HESBEEN, 2003:35

LISTA DE SIGLAS

ABVD's	– Atividades básicas de vida diária
ACES	– Agrupamento de Centros de Saúde
AIVD's	– Atividades instrumentais de vida diária
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
AVD's	– Atividade de vida diária
CID-9	– Classificação Internacional de Doenças, 9ª edição
DGS	– Direção Geral de Saúde
ECCL	– Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EUSI	– European Stroke Initiative
OE	– Ordem dos Enfermeiros
OMS	– Organização Mundial de Saúde
RNCCI	– Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
URFR	– Unidade de Readaptação Funcional Respiratória
CHLN	– Centro Hospitalar de Lisboa Norte
HRM	– Hospital Residencial do Mar
HSM	– Hospital de Santa Maria

ÍNDICE

	Pág.
0 – Introdução	5
1 – Justificação do tema	8
2 – Enquadramento teórico.	10
2.1 – AVC e as suas consequências globais	10
2.2 – Implicação do AVC na realização das ABVD's	12
2.3 – Preparação para o regresso a casa	13
2.4 – O regresso a casa	15
2.5 – O papel do enfermeiro de reabilitação no processo de transição	18
3 – Problemática em estudo	21
4 – Metodologia	22
5 – Considerações finais	26
6 – Bibliografia	27
7 – Apêndices	32
A I – Guião de entrevistas realizadas nos diferentes contextos de estágio	I
A II – Dados obtidos a partir das entrevistas realizadas	III
A III – Competências, Objectivos, Atividades a desenvolver e Critérios de Avaliação/Indicadores de Avaliação	VI
A IV – Cronograma de estágios e de aquisição de objectivos específicos	XI

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito da frequência no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, mais especificamente no âmbito da unidade curricular de Opção II, e em conformidade com os objectivos de curso, pretende-se a realização de um estágio com elaboração de relatório cujo objectivo central é, de acordo com o Regulamento dos Cursos de Mestrado da Escola acima mencionada (2011:4), o “(...) desenvolvimento de capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema.” A sua concretização antecede a realização de um projeto, que segundo Lhotellier (1986; p.69) “(...) é uma intenção de realização de uma obra, de um trabalho, de uma ação, intenção suscitada por uma motivação, animada por uma implicação contínua, afirmada por uma orientação de valor”. O desenvolvimento de um projeto é assim percebido como uma oportunidade de autoformação implicando a aquisição, mobilização e desenvolvimento de conhecimentos e competências. Contribui para a “construção” de uma “identidade perita”, que segundo Benner (2001:58) permite agir “(...) a partir de uma compreensão profunda da situação global”.

A construção deste projeto está relacionada, não só com a necessidade de obtenção de objectivos académicos, mas também com uma forte motivação pessoal para melhorar a qualidade de cuidados prestados a pessoas com alteração da mobilidade, resultante de AVC, cujo desempenho na realização de ABVD's ficou afetado após a ocorrência de um acidente desta natureza. Esta realidade provoca alterações no modo de vida das pessoas e na sua motivação para viver o dia-a-dia (HARTMAN-MAEIR, et al. 2007).

Existem, associadas ao AVC, elevadas taxas de mortalidade a nível mundial (OMS, 2004¹; American Heart Association, 2011) e nacional (DGS, 2001) e elevadas taxas de morbilidade (DGS, 2006), o que condiciona uma sobrevivência por vezes difícil, pela necessidade de adaptação nem sempre trabalhada pelos profissionais de saúde de forma eficaz (MARTINS, 2002). Pela inexistência de Unidades de AVC em número suficiente, para abarcar as necessidades da população portuguesa, as pessoas com AVC são muitas vezes encaminhadas para serviços cujo foco de cuidados se distancia da reabilitação essencial para a adaptação e/ou maximização das capacidades da pessoa

(DGS, 2001) e descrita por vários autores como necessária desde cedo, logo que se obtém uma estabilidade clínica (European Stroke Initiative (EUSI), 2003; LANDEFELD, et al., 1995; LANDI, et al. 2006; HARTMAN-MAEIR, et al. 2007). Assim, é premente o desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade de cuidados nestes serviços.

De acordo com estas justificações, tenho por principal objetivo **desenvolver competências para reabilitar a pessoa com alterações da mobilidade (resultante de um AVC), que perderam a sua autonomia na realização das suas ABVD's, capacitando-as para o regresso a casa**, procurando diminuir o impacto das dificuldades com que são confrontados nesta transição.

É meu propósito, com o desenvolvimento deste projeto, a aquisição de competências de enfermeiro especialista, nomeadamente em enfermagem de reabilitação, tendo por base as competências legisladas respetivamente no Regulamento nº 122/2011 e no Regulamento nº 125/2011, do Diário da República, 2ª série – nº35 de 18 de Fevereiro de 2011.

A aplicação deste projeto, será conseguida através do desenvolvimento de atividades previamente planeadas, que serão executadas tendo como referencial teórico a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis. A sua teoria aplica ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições (SILVA, 2007:14) que a autora define como a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar, a outro (SCHUMACHER e MELEIS, 1994). A transição envolve mudança, readaptação, envolve a aquisição de uma nova identidade (MELEIS, et al., 2000), fundamental no processo de reabilitação de uma pessoa que foi vítima de um AVC e que necessita de se readaptar às alterações impostas, repentinamente na sua vida. Esta teoria permite olhar e pensar a prática direcionada, para as necessidades/dificuldades/capacidades da pessoa para lidar com as transições que geram alterações na sua vida/na sua identidade.

A concretização deste projeto envolve a realização de três estágios, sendo que o primeiro se realizará com a ECCI de Odivelas (ACES V de Odivelas) onde pretendo identificar as principais dificuldades sentidas no regresso a casa pelas pessoas com alteração de mobilidade, resultante de AVC. Após a identificação das mesmas, e após a aquisição de competências no domínio da capacitação e maximização da funcionalidade da pessoa com alteração da mobilidade, pretendo realizar dois estágios posteriores aplicando os conhecimentos previamente adquiridos com o fundamento de preparar eficazmente a pessoa com alterações desta natureza, para um regresso a casa saudável. Estes dois estágios realizar-se-ão respectivamente no HRM e na URFR do CHLN – HSM,

visto que são locais onde poderei desenvolver competências para promover a maximização da independência da pessoa, nomeadamente na realização de ABVD's.

A estrutura deste projeto está dividida em sete partes principais. A primeira, justifica o tema, a sua pertinência face à motivação pessoal, e ao impacto do problema a nível social. A segunda desenvolve um enquadramento teórico, com cinco subcapítulos, onde são desenvolvidas as consequências globais do AVC, (as suas consequências epidemiológicas, económicas, sociais, familiares e pessoais); a implicação do AVC na realização de ABVD's, onde são apresentadas as definições destas atividades por vários autores e onde se aborda as implicações negativas na vida da pessoa com alteração da mobilidade; a preparação para o regresso a casa, onde e como deve ser feito; o regresso a casa efetivo, com as dificuldades subjacentes; e o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação neste processo de transição. A terceira parte desenvolve a problemática em estudo; a quarta a metodologia proposta para a resolução do problema definido e em quinto as considerações finais. Em sexto a bibliografia utilizada para a construção deste projeto, conseguida a partir de pesquisa em bases de dados de investigação e produção científica no motor de busca EBSCOhost (termos de pesquisa utilizados: discharge planning; stroke; nurs*; rehabilitation; daily living activities; basic daily living activities) e outras pesquisas através do motor de busca Google, com recurso também a bibliotecas de referência. Por último a apresentação dos apêndices construídos, que se referem: ao guião das entrevistas realizadas nos diferentes locais de estágio; a apresentação dos dados obtidos a partir das entrevistas realizadas; à apresentação das atividades planeadas para a concretização dos objectivos específicos e para a aquisição de competências de enfermeiro especialista, nomeadamente em enfermagem de reabilitação; e ao cronograma, com cronologia proposta para a realização dos diferentes estágios e para a aquisição dos objectivos específicos.

É de salientar que este projeto é um documento dinâmico, que poderá ser alterado ao longo do seu curso, suportando alterações oportunas e exequíveis, de acordo com o contexto das situações.

1- JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Associado ao AVC existe, segundo dados da DGS (2001), uma elevada taxa de mortalidade e de morbilidade. Esta última, tem uma grande expressão no quotidiano das pessoas vítimas de um acidente desta natureza, pelas alterações que provoca e pela forte necessidade de reorganização/adaptação à nova identidade. Martins (2002) refere inclusivamente que a pessoa com AVC tem uma desorganização interna do seu sistema. A autora refere ainda que “Os outputs vão ser respostas ineficientes que necessitam de estímulos para as reconverter em respostas adaptativas.” (MARTINS, 2002:18)

A perda da capacidade funcional de uma forma abrupta, é uma experiência descrita como difícil e vivida com grande angústia. Boyles, Bailey e Mossey (2008) referem inclusivamente que esta perda é entendida como uma tragédia, uma desgraça pessoal. Leal, (2001) acrescenta que:

“o aparecimento súbito do AVC tem como consequência o surgir de alterações emocionais, interligadas ao aumento da ansiedade que é provocada pelo grau de dependência que condiciona toda a vida do utente; como a incerteza dos resultados da Reabilitação e o medo de ficar diferente do que era anteriormente.” (LEAL, 2001:146)

Estas alterações súbitas na funcionalidade, provocam alterações no desempenho das ABVD's, o que induz uma diminuição do grau de satisfação pela vida (HARTMAN-MAEIR, *et al.*, 2007) e o aparecimento de estados de depressão (LANDEFELD, *et al.*, 1995; HARTMAN-MAEIR, *et al.*, 2007).

A vivência desses sentimentos pode ser intensificada no regresso a casa, quando há um confronto com as dificuldades num ambiente onde outrora os movimentos eram desempenhadas com automatismo, podendo provocar maiores níveis de reinternamentos, na procura de um ambiente seguro para a realização destas atividades. Esta premissa é justificada por Jacob e Poletick (2008), que na sequência de uma revisão sistemática da literatura, referem que as pessoas com capacidade e confiança para se auto-cuidar apresentam menores níveis de reinternamentos, do que aquelas que vivem sozinhas e que não se sentem capazes para o fazer.

No decorrer da minha experiência enquanto enfermeira generalista na equipa de cuidados continuados do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, pude perceber a intensidade da vivência desses sentimentos e a importância da nossa presença, aquando do confronto com as dificuldades, sobre as quais não tinha havido

preparação prévia e que emergiam durante o dia-a-dia. Durante essas visitas domiciliárias eram encontradas estratégias promotoras da adaptação da pessoa à sua nova situação. O ambiente de casa era reestruturado, para que fosse facilitador da sua vivência o mais autónoma possível.

Com o término desta equipa, recaiu sobre mim uma preocupação relativa à preparação para o regresso a casa na sequência de um internamento imposto por uma situação de AVC.

Durante a prática de cuidados, afirma-se com muita frequência que é feita uma preparação para o regresso a casa, depois de algum tempo dedicado ao treino de marcha ou ao incentivo do doente para cuidar da higiene de forma (progressivamente) mais autónoma. Contudo, que significado tem um treino de marcha num corredor amplo de uma enfermaria quando os corredores de sua casa são estreitos? Que significado tem o incentivo à higiene diária em condições inexistentes no seu ambiente habitual?

Segundo Martins (2002) os técnicos de saúde, envolvidos na preparação para o regresso a casa de uma pessoa com alterações da mobilidade decorrente de um AVC, nem sempre têm em conta o seu contexto. Para além do seu contexto habitacional, que pode influenciar o desempenho das ABVD's, segundo o mesmo autor os técnicos de saúde não valorizam a sua envolvente familiar e social. O autor refere que "(...) esta pessoa faz parte de um sistema familiar que pode apresentar condições facilitadoras ou bloqueadoras do processo de reabilitação." (MARTINS, 2002:20). Martins (2002) refere inclusivamente que ao reabilitar a pessoa com AVC não podemos apenas tratar do corpo, é importante a criação de um ambiente físico e emocional, favorável à estabilidade do sistema individual e do contexto inter-sistémico.

A desadequada preparação para o regresso a casa pode dificultar a vivência saudável de uma transição (WEISS, *et al.*, 2007), ou seja não permite à pessoa o desenvolvimento de estratégias indutoras de uma readaptação ao seu meio. Para além disso, existem dados que evidenciam um aumento significativo dos custos associados à saúde, quando a preparação para o regresso a casa não é eficaz (PATEL, *et al.*, 2004).

Esta realidade torna urgente a reflexão sobre a prática e o encontro de estratégias para melhorar a qualidade de cuidados dirigidos à preparação da pessoa com alteração da mobilidade, para o regresso a casa.

Daqui emergem várias questões: De que forma podem ser atenuados/supridos os sentimentos vividos, decorrentes do confronto com as dificuldades na realização de ABVD's? Será com o treino dessas atividades no internamento, numa fase prévia ao

confronto? Como deverá ser feito esse treino? De que forma é que esse treino poderá ser personalizado, à situação ambiental, social e financeira de cada pessoa? Que profissionais deverão estar envolvidos nesta preparação do regresso a casa?

Assim, e de acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, legisladas no Diário da República, 2ª série – nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011 (regulamento nº 125/2011), tenho como principal objectivo **desenvolver competências para reabilitar a pessoa com alterações da mobilidade (resultante de um AVC), que perderam a sua autonomia na realização das suas ABVD's, capacitando-as para o regresso a casa**, procurando diminuir o impacto das dificuldades com que são confrontados nesta transição.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 – AVC e as suas consequências globais

O AVC “(...) constitui para qualquer pessoa, um acontecimento fortemente stressante, desde logo pela imprevisibilidade do seu aparecimento, depois pelas sequelas que habitualmente deixa, e finalmente, pela reorganização individual e familiar que exige” (ALARCÃO, 2002:13)

É caracterizado por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, com sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral, e com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas (MENOITA, 2012).

É um importante problema de saúde pública, sendo considerado mundialmente, uma das principais causas de mortalidade (DGS, 2001; EUSI, 2003). Dados fornecidos pela American Heart Association (2011), relativos a 2007, revelam que 33,6% de um total de 2243712 mortes foram devido a AVC. A nível europeu, segundo dados da European Stroke Initiative (2003), as taxas de mortalidade anual variam entre 63,5 e 273,4/100.000. A mesma fonte refere que a incidência do AVC varia nos diferentes países europeus, estimando-se entre 100 e 200 novos casos/100.000 habitantes/ano, o que implica uma enorme sobrecarga económica. Dados da OMS (2004)¹, revelam que a mortalidade por doenças cerebrovasculares é de 18,0% e de 10,9% na população feminina e masculina, respectivamente.

No Estados Unidos da América a taxa de mortalidade por AVC diminuiu 27,8% entre 1997 e 2007 (American Heart Association, 2011). Em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2010)², essa taxa, antes dos 65 anos é de 9,5% e verificou-se uma diminuição de 28,0% entre 2004 e 2009. Esta diminuição implica, no entanto, a sobrevivência de um maior número de pessoas com défices provocados por este acidente. Segundo Counihan (2005) o AVC é a terceira causa clínica de morte e a segunda mais frequente de morbilidade nos países desenvolvidos. A DGS (2006), reforça esta premissa referindo que as doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC, estão entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa.

Existe uma significativa percentagem de pessoas que, ao sobreviverem a um acidente desta natureza, ficam com sequelas motoras e/ou cognitivas, com alterações da motricidade facial, da linguagem, da deglutição e do padrão de eliminação (MENOITA, 2012), com forte implicação emocional e social. Martins, Ribeiro e Garrett (2006) reforçam esta ideia referindo que muitas pessoas ficam com limitações que as impedem de executar com autonomia um conjunto de atividades básicas, essenciais à sobrevivência da pessoa.

Segundo dados da DGS (2001), três meses após o AVC, em cada ano existirão, de um total de 22500 indivíduos, 24% com uma incapacidade muito grave (0-4 na escala de Barthel); 12,2% com incapacidade grave (5-9); 14,8% com incapacidade moderada (10-14); 18,2% com incapacidade ligeira e 30,8% independentes. Assim, estes dados evidenciam uma percentagem de 69,2% de indivíduos que apresenta incapacidade 3 meses após um acidente desta natureza.

Estas sequelas obrigam os sobreviventes destes acidentes a mudanças rápidas e inesperadas no seu modo de vida, também com repercussões na vida dos seus familiares. Segundo Serra (2010:21) “(...) do ponto de vista da dinâmica familiar, o evento de um AVC é sempre um processo intenso e disruptivo face ao funcionamento habitual, com um importante impacto ao nível daqueles que rodeiam o indivíduo (...)” resultando daí, a necessidade de adaptação à nova situação. Esta adaptação pode constituir um processo moroso, com expressão forte na qualidade de vida, mesmo quando as sequelas são ligeiras (MARTINS, 2006).

Assim, pela globalidade da sua interferência na vida da pessoa e dos seus familiares é essencial a intervenção do enfermeiro na vivência desta transição, na

passagem de um estado a outro, na reacquirição de um equilíbrio agora perdido, na procura de uma nova identidade (MELEIS, *et al.*, 2000).

2.2 - Implicação do AVC na realização das ABVD's

As atividades de vida diária são “(...) parte integrante do quotidiano da pessoa, sendo atividades de autocuidado para satisfazer as necessidades e exigências de vida do dia-a-dia” (MENOITA, 2012:117). São atividades que realizamos, segundo refere Marques, S. (2007:46), “(...) desde que nos levantamos até que nos deitamos, ou seja, são todas as actividades necessárias aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e à vida comunitária independente”.

A Ordem dos Enfermeiros (2011:2) define estas atividades como um “(...) conjunto de actividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia.” Podem identificar-se como atividade de vida diária, as ABVD's e as AIVD's, referindo-se estas a atividades domésticas e comunitárias (OE, 2011). As primeiras referem-se à higiene pessoal, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitários; vestuário; alimentação; locomoção e transferência (OE, 2011). Um dos instrumentos mais utilizados para avaliação da capacidade funcional na realização das ABVD's é o Índice de Barthel que avalia precisamente as atividades já descritas (ARAÚJO, 2007). A perda da capacidade funcional, resultante de um AVC, provoca alteração da capacidade de realização automática destas atividades básicas desenvolvidas no decorrer do dia-a-dia. Segundo dados apresentados por Costa (2003:10),

“Do conjunto das deficiências e incapacidades pós-AVC, a incontinência, a sintomatologia depressiva e as limitações no desempenho das actividades da vida diária, como o caminhar, cuidar da higiene pessoal e da alimentação, são aquelas que maiores implicações negativas têm na qualidade de vida do doente e do prestador”.

Para a pessoa, a perda ou a diminuição da capacidade para desenvolver estas atividades, representa muitas vezes uma forte alteração da autoimagem e uma agressão à sua privacidade e autonomia, uma vez que constituem atividades muito pessoais, habitualmente desenvolvidas, como refere Serra (2010), em espaços de privacidade, agora quebrados e acessíveis a outras pessoas, nomeadamente acessíveis aos seus

familiares que experimentam, nessa lógica uma necessidade imposta para a assunção de novos papéis.

Vários autores referem-se às intervenções de reabilitação direcionadas para o treino de as ABVD's no doente com AVC, como essenciais para a melhoria da sua qualidade de vida (HARTMAN-MAEIR, *et al.*, 2007; HARRIS e ENG, 2004). Os mesmos autores referem que o treino de ABVD's, com consequente aumento da qualidade de vida das pessoas vítimas de AVC deve constituir um dos principais objectivos da reabilitação.

2.3 - Preparação para o regresso a casa

É frequente referir-se que a preparação para o regresso a casa se deve iniciar no momento da admissão à unidade de cuidados (MENOITA, 2012). Na realidade verifica-se que essa preparação, estando muito centrada na ação médica, afasta-se desse ideal. (MENOITA, 2012). Petronilho (2007:44) reforça esta ideia referindo que temos "(...) uma cultura de cuidados de saúde ainda muito medicocêntrica", que origina uma inadequada preparação para o regresso a casa. Esta situação origina a vivência de situações de stress no momento de alta, vividos pelos enfermeiros e principalmente pelas pessoas que regressam a casa e pelos seus familiares (MENOITA (2012). Assim, considera-se fundamental que, logo numa fase inicial do internamento, se identifique a natureza das transições vividas, se identifiquem indicadores da forma como estas poderão decorrer. Para além disso, as alterações provocadas por um AVC envolvem adaptação à diferença, a novas regras, a novos significados, que, segundo Meleis (2000), pode envolver uma dificuldade acrescida, se a pessoa não tiver percepção ou não reconhecer a dimensão da transição. Segundo os mesmos autores, o grau de envolvimento no processo, influência o modo como enfrenta a mudança e encontra estratégias para se adaptar. Assim, é essencial que os cuidados de enfermagem sejam prestados numa lógica de transformação, ou seja, numa lógica em que o doente é interveniente ativo no processo de saúde. Há, nesta lógica, a necessidade de se perceber a corresponsabilidade no processo de cuidados. Para Kérouac, *et al.* (1996) intervir significa "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher.

O envolvimento da pessoa no seu processo de saúde tem implicações positivas na vivência das transições. Os dados obtidos por Weiss, *et al.* (2007), permitem reforçar esta

ideia. Os autores desenvolveram um estudo onde exploraram as percepções dos doentes face ao seu sentimento de prontidão para o período pós-internamento e verificaram que a qualidade de ensinos promovia o sentimento de prontidão para a vivência dessa transição. Os ensinos adequados promovem o domínio sobre o que é desconhecido, promovem a aquisição de estratégias de *coping* para lidar com a situação.

Numa perspectiva economicista e com base nos dados obtidos por Patel, *et al.* (2004), pode-se afirmar que os custos na saúde diminuem significativamente quando as pessoas e/ou os seus familiares são envolvidos nos cuidados, ensinados e incentivados a desenvolver estratégias para lidar com a situação. Isso reduz o número de reinternamentos e segundo os autores, aumenta a qualidade de vida e reduz o *burden* associado ao cuidado.

No entanto, também há evidência a mostrar a existência de um outro rumo de cuidados. Almborg, *et al.*, (2008) no sentido de descrever a percepção que os doentes têm da sua participação no planeamento de regresso a casa, desenvolveram um estudo quantitativo com uma amostra de 188 pessoas onde verificaram que a maioria dos doentes (72-90%) referem ter recebido informação relativa à sua situação, mas apenas cerca de um terço (29-38%) tiveram um papel ativo na tomada de decisão a envolver o tratamento médico e uma pouco expressiva parte da população (cerca de 15%) referem ter tido oportunidade de discutir as metas de tratamento e a sua reabilitação após internamento.

Assim, perante esta realidade de cuidados demonstrada por Almborg, *et al.*, (2008) e baseando-nos nos dados obtidos por Patel, *et al.* (2004) e Weiss, *et al.* (2007) é urgente o desenvolvimento de estratégias para se entender o doente como um agente ativo no seu processo de cuidados e assim desenvolver um papel promotor de uma vivência saudável de transição, com obtenção de ganhos consideráveis na qualidade de vida das pessoas.

No entanto, o sucesso deste processo não está apenas dependente da envolvimento da pessoa no plano de cuidados e na relação bidirecional de igualdade, sem distanciamento de papéis. Numa revisão sistemática da literatura, desenvolvida pela Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997), os autores concluíram que, o sucesso do processo de reabilitação era superior em unidades específicas de AVC (*dedicated stroke unit*), onde a equipa existente trabalha exclusivamente na reabilitação das pessoas vítimas deste acidente. Os autores verificaram que o sucesso não estava apenas relacionado com o ensino e com o envolvimento da pessoa e da sua família, mas também

com a coordenação entre os cuidados dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar e a especialização dos elementos da equipa. Este sucesso ia para além da estrutura da enfermaria ou para além do número de elementos da equipa.

Estas características contribuíam para que as pessoas internadas nas unidades específicas de AVC apresentassem melhor preparação para regressar a casa, com maiores níveis de independência.

Em Portugal estão a ser desenvolvidas Unidades de AVC, com recomendações para o seu desenvolvimento descritas pela DGS desde 2001. Têm por finalidade

“(...) reduzir o internamento em Hospitais de agudos, a incapacidade funcional e as complicações pós AVC e o número de doentes que necessitam de cuidados de enfermagem em casa ou nas Unidades de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno de uma grande proporção de doentes ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, ao seu local de trabalho” (DGS, 2001:9).

Apesar do seu crescimento, segundo dados da DGS (2001), estas unidades existem ainda em número reduzido, muito inferior ao que seria desejável para suprir as necessidades da população. Assim, os doentes com AVC são habitualmente encaminhados para Serviços de Medicina ou Serviços de Neurologia (DGS, 2001), onde o enfoque dos cuidados é direcionado para a fase aguda, e onde a reabilitação não tem sido valorizada, da forma que seria desejável.

Assim, é necessário o desenvolvimento de estratégias que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação em enfermarias desta natureza.

Segundo dados da DGS (2010), relativos ao ano de 2008, um internamento por doenças do aparelho circulatório (onde, segundo a CID-9 se incluem as doenças cerebrovasculares), tem em média a duração de apenas 7,3 dias, o que muitas vezes dificulta a adequada preparação da pessoa vítima de AVC e seus familiares para o regresso a casa. Nesse sentido, é importante que de uma forma atempada se mobilizem os recursos existentes na comunidade. Em Portugal um importante recurso é a RNCCI.

A RNCCI está legislada no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho e foi criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social. É constituída por diferentes tipologias sendo as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação, as unidades de internamento que estão essencialmente “(...) orientadas para a prestação de serviços a doentes dependentes por perda transitória de autonomia (...) potencialmente recuperável e não precisam de internamento hospitalar

mas que ainda requerem cuidados e tratamento clínico intenso.” (NOGUEIRA, *et al.*, 2007). Estas unidades têm como objectivos prioritários “restabelecer a função tanto quanto possível; favorecer a adaptação à nova situação de dependência; controlar ou estabilizar sintomas ou sequelas; facilitar e potenciar a reinserção familiar e social e potenciar a formação e educação de profissionais e cuidadores.” (NOGUEIRA, *et al.*, 2007).

No entanto, existem indesejáveis listas de espera para ingresso nestas unidades. Dados da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (Newsletter RNCCI, 2011) revelam que em média esperam-se 58,3 dias para ingresso numa unidade de convalescença e 115,8 dias para ingresso nas unidades de média duração e reabilitação, na região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo esta a região do país com maiores demoras médias.

A existência destas listas de espera obriga muitas vezes a um regresso a casa pouco desejado, por vezes sentido como uma imposição, principalmente quando é mal preparado.

2.4– O regresso a casa

No momento do regresso a casa surge o confronto com um mundo que “de repente se transformou”. Há um confronto com um ambiente onde outrora os movimentos eram realizados com automatismo, e que agora impõe restrições à atividade. Serra (2010) sugere a existência de uma saída temporária do internamento que poderia contribuir para a diminuição de eventuais constrangimentos posteriores, vividos após o momento de alta e que induziriam possíveis reinternamentos. Este momento, que era previamente preparado, permitia a aplicação de estratégias já desenvolvidas e assim promovia a diminuição do impacto por vezes tão difícil de vivenciar (SERRA, 2010).

O mesmo autor refere ainda que o regresso a casa de uma pessoa vítima de AVC constitui para si um evento crítico, potencialmente incapacitante, e que quando surge, isento de preparação prévia, não só o próprio, mas também todo o seu meio familiar é afectado em múltiplas dimensões da sua existência.

A pessoa quando é vítima de AVC e quando as sequelas a limitam no desenvolvimento da sua atividade profissional passa a desempenhar um papel de dependência e passa a ser um elemento da família que não participa como outrora.

Associado a esta realidade, acresce muitas vezes a necessidade do seu cuidador ter que abandonar o emprego para lhe poder prestar cuidados (SERRA, 2010). Estas alterações a nível financeiro, com forte implicação na dinâmica familiar, induzem uma forte alteração na sua autoimagem e nas relações existentes (SERRA, 2010).

Nesse domínio, há a considerar as transições que estão a ser vividas também pelos familiares, principalmente os familiares cuidadores. As exigências no desempenho esperado de cada cuidador varia de acordo com as necessidades manifestadas pelo doente, e que tal como refere Serra (2010) podem ser variáveis no decorrer do, por vezes longo, período de reabilitação. Nesse período são exigidas adaptações que compreendem sempre um processo de novas aprendizagens e que podem ser importantes fontes de stress (MENOITA, 2012).

Os cuidadores são habitualmente os cônjuges, pelo que a necessidade de adaptação a um novo papel pode ser vivido ainda com maior dificuldade. Estes passam a ser responsáveis pelos cuidados à pessoa com quem casaram, por quem muitas vezes tinham um interesse sexual que fora abalado, não só pela alteração da imagem, como pela alteração da funcionalidade, pela restrição da atividade (CARDOSO, 2004). “Paralelamente, quando os cuidados de saúde são prestados por figuras que são simultaneamente parceiros sexuais, torna-se complicado separar os papéis de modo a que os momentos de intimidade sexual não sejam contaminados pela outra valência” (CARDOSO, 2004:386). Serra (2010:22) reforça esta ideia referindo que:

“(…) entre individuo cuidado e familiares cuidadores, todos os intervenientes estão habituados a espaços e lógicas próprias de relacionamento com as quais a prestação de cuidados pode interferir (por exemplo o apoio na higiene íntima), exigindo novas dinâmicas e quebrando anteriores espaços de privacidade (...)”.

Para além disso, e ainda no domínio das relações, estes cuidadores são muitas vezes “cuidadores impostos” (sem preparação prévia). Serra (2010) permitindo reforçar este princípio, refere que frequentemente os cuidadores da pessoa com AVC assumem o seu papel de uma forma súbita e com pouca ou nenhuma preparação para esse desempenho. O cônjuge deixa de o ser por momentos, para assumir o papel de cuidador (CARDOSO, 2004).

É portanto necessário entender, a forma como vivem essa transição para o papel de cuidador, que significado tem para eles esta assunção de papel. A natureza da relação que tinham previamente, e os significados que têm face à doença, face à recuperação,

face à implicação social, influencia o modo como esta transição é vivida (CHICK e MELEIS, 2010).

Este momento pode também ser entendido como uma oportunidade para se fazer novas escolhas para se repensar a relação de modo a torná-la mais fortificada. É neste sentido que Chick e Meleis (2010) afirmam que a transição é algo positivo na vida da pessoa, uma vez que implica uma reorganização, a procura de um novo equilíbrio.

2.5 – O papel do enfermeiro de reabilitação no processo de transição

A reabilitação de uma pessoa com AVC é, segundo a National Clinical Guideline Centre (2011) um processo multidimensional, concebido para facilitar a restauração, a adaptação da perda de uma função fisiológica ou psicológica, quando a reversão do processo patológico subjacente é incompleta.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2011) os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.

Para a obtenção destes objectivos o enfermeiro tem um importante papel a desenvolver, no que concerne ao desenvolvimento de intervenções que visem cuidar da pessoa em todos os seus contextos, maximizando a sua funcionalidade e capacitando-a para a sua reinserção na cidadania (REGULAMENTO nº 125/2011). Nesse processo quer-se que incorpore um novo conceito de si, favorecedor de uma transição saudável (SCHUMACHER e MELEIS, 1994), ou seja favorecedor da aceitação e da adaptação à diferença.

Um estudo desenvolvido por Ramires (1997) evidencia que 80% dos doentes que sofreram um AVC atingem o melhor nível funcional às seis semanas, 90% atingem-no às 12,5 semanas (3 meses). O autor refere que não é de esperar grande melhoria funcional ou neurológica após os 3 meses, uma vez que só 5% dos doentes farão algum progresso a partir desta altura. Quando completam o programa de reabilitação, 20% das pessoas ficam com incapacidade grave, 8% com incapacidade moderada, 26% com ligeira incapacidade e 46% ficam independentes. Uma percentagem próxima dos 50% retomará uma profissão ou manterá as atividades habituais. Estes dados permitem uma reflexão sobre a importância da aplicação de um programa de reabilitação.

Este programa deve ser estabelecido cedo (nível de evidência I, referido por EUSI, 2003; LANDEFELD, *et al.*, 1995; LANDI, *et al.* 2006; HARTMAN-MAEIR, *et al.* 2007). Menoita (2012:nota introdutória) acrescenta que se verificam “(...) ganhos substanciais nas capacidades funcionais das pessoas com AVC em função da rapidez de actuação e da especificidade dos cuidados de Reabilitação.”.

Os programas de enfermagem de reabilitação, deverão ser baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas e, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Enfermagem de Reabilitação (2011:8658), têm como objectivos

“(...) assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...). Visam promover a qualidade de vida, a reintegração da participação para a reinserção e exercício da cidadania.”.

São programas habitualmente morosos e acarretam dificuldades que por vezes expõem a pessoa (com alteração da sua funcionalidade) a sentimentos de frustração que a impelem ao abandono do programa (LEAL, 2001). Estes sentimentos são maiores tanto quanto maiores forem as dificuldades na realização de atividades simples, outrora automáticas, como são exemplo as ABVD's. Segundo Leal (2001), a reeducação para a realização destas atividades é um forte factor contributivo para a reinserção sócio-familiar, pelo que um investimento nesta área é fundamental para o processo de recuperação. Esta premissa é reforçada pelos dados obtidos por Landi, *et al.* (2006). Os autores verificaram que as pessoas com AVC que participaram num programa de reabilitação tiveram, num período de 8 semanas, um maior nível de independência nas ABVD's, quando comparados com os níveis de independência do grupo de pessoas com AVC que não participaram nesse programa. Os mais elevados níveis de independência estavam associados a maiores níveis de qualidade de vida. Neste sentido Hartman-Maeir, *et al.* (2007) verificaram também que a autonomia na realização deste tipo de atividades básicas, estava associada a uma maior grau de satisfação na vivência do dia-a-dia.

Landefeld, *et al.* (1995) também evidenciam o aumento da funcionalidade nas ABVD's de pessoas com alteração da mobilidade, quando estas participam num programa de reabilitação direccionado para o treino destas atividades. Com a aplicação

deste programa, os autores verificaram que para além dos maiores níveis de funcionalidade na realização das ABVD's (quando comparados com o grupo de pessoas que receberam cuidados gerais), estas pessoas atingiram maiores níveis de saúde no momento de alta e menores níveis de depressão.

Os autores acrescentam que estes programas eram desenvolvidos num ambiente adaptado, sem aparentes barreiras arquitectónicas. Eram aplicados protocolos de intervenções que aumentassem a capacidade de autocuidado, a continência, a nutrição, a mobilidade, melhorassem o padrão de sono, os cuidados à pele, humor e a cognição. Eram efectuadas diariamente, avaliações da capacidade funcional do doente e reuniões com a equipa multidisciplinar. Os autores salientam a participação da assistente social desde o início da implementação do programa e a participação de uma enfermeira que se deslocasse ao domicílio se houvesse indicação para conhecer com mais pormenor as condições domiciliárias, bem como se houvesse necessidade de reorganização desse ambiente, o que permitia desde cedo o envolvimento dos enfermeiros da comunidade.

Landi, *et al.* (2006), no estudo anteriormente mencionado, desenvolveram programas de reabilitação de ABVD's, específicos para o aumento da capacidade para o autocuidado e incluíram nesses programas intervenções para fortalecimento muscular e amplitude de movimentos; treino de postura corporal, prevenção de espasticidade e utilização de equipamentos de adaptação.

A aplicação de programas desta natureza parece não implicar o aumento de custos no hospital. Landefeld, *et al.* (1995) verificaram que a diferença de custos, entre a unidade de cuidados especiais (*special unit*) e a unidade de cuidados gerais não era estatisticamente significativa. O que permite concluir que os custos na saúde não são impeditivos da aplicação de programas desta natureza, que permitem melhorias significativas na qualidade de cuidados e consequentemente na saúde e qualidade de vida das pessoas. Estes autores enfatizaram, o envolvimento do doente e família no processo de cuidados e o papel do enfermeiro na avaliação da situação da pessoa, quer em termos funcionais quer em termos da implementação dos protocolos.

A acrescentar poderá ser enfatizada a avaliação do enfermeiro no que respeita à identificação de transições que possam estar a acontecer em simultâneo e a identificação de fatores facilitadores e inibidores dessas transições. A identificação desses factores é, segundo refere Meleis, *et al.* (2000), essencial para que o enfermeiro possa atuar adequadamente, no sentido de desenvolver intervenções que os potencie ou iniba, respectivamente. Mediante a aplicação de programas de reabilitação, é importante a

realização de avaliações periódicas, tal como descrito por Landefeld, *et al.* (1995), no sentido, não só de identificar o ganho da capacidade para realizar as ABVD's, mas também para identificação de padrões de resposta, tal como refere Meleis, *et al.* (2000). Estes padrões permitem a identificação de indicadores da forma como está a decorrer uma transição. Os autores reforçam, referindo que as transições ocorrem ao longo do tempo e é importante a identificação de indicadores que possam mostrar ao enfermeiro a forma como a transição está a ser vivida, para que se possa intervir precocemente no caso de serem identificados indicadores a evidenciar um caminho pouco saudável na vivência desta transição. Os autores referem ainda que o sentir-se conectado, o interagir, o senti-se situado, localizado e o desenvolvimento de confiança e estratégias de *coping* constituem indicadores de processo.

Em suma, é importante a implementação de programas de reabilitação direcionados especificamente para o treino de ABVD's, com vista à promoção da capacidade da pessoa com alteração da mobilidade, resultante de AVC, para realizar estas atividades de forma progressivamente mais autónoma. Estes programas devem ser implementados o mais cedo possível e adaptados às situações reais de cada pessoa no sentido de a preparar eficazmente para o regresso a casa. O enfermeiro tem um papel essencial no decorrer deste processo de cuidados. É orientador no decorrer da transição. Intervém, no sentido de promover o encontro de estratégias para lidar com cada situação específica, para promover a reaquisição de uma identidade, a adaptação à diferença.

3 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

De acordo com o enquadramento apresentado pode-se então afirmar que o AVC é um problema muito prevalente na população mundial, nomeadamente na população portuguesa. Tem uma elevada taxa de morbilidade, provocando uma forte influência negativa sobre a qualidade de vida das suas vítimas.

O confronto com as dificuldades, decorrentes das limitações motoras provocadas por um acidente desta natureza, gera sentimentos que podem ser impeditivos da vivência saudável dessa transição, ou seja, podem influenciar negativamente a adaptação a uma nova identidade, ou a procura de um reequilíbrio. Esse confronto é particularmente difícil quando essa dificuldade está associada ao desempenho de atividades básicas, como são

exemplo as ABVD's.

Então:

Que cuidados de reabilitação deverão ser desenvolvidos no internamento, junto de uma pessoa com alteração da mobilidade (resultante de AVC), que perdeu a sua autonomia na realização das suas ABVD's, com o objectivo de a capacitar para o regresso a casa?

- Como é que estes cuidados podem ser desenvolvidos?
- De que forma é que esses cuidados poderão ser personalizados a cada pessoa, à sua situação ambiental, social e financeira?
- De que forma é que estes cuidados estão relacionados com a participação dos vários elementos da equipa multidisciplinar?

Segundo dados científicos, apresentados no enquadramento teórico, quaisquer intervenções desta natureza deverão ser iniciadas assim que se identifique uma estabilidade clínica da pessoa vítima de AVC, idealmente acolhidas numa Unidade de AVC. Visto que, tal como descrito acima, estas unidades se registam em número reduzido no nosso país, os doentes são encaminhados para enfermarias sem especialização neste problema. Uma vez que esta é uma realidade frequente:

- Como é que estes cuidados podem ser desenvolvidas especificamente num serviço de medicina?

4 – METODOLOGIA

A resolução da problemática descrita, compreende a concretização de um objectivo principal, baseado no objectivo de desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, regulamentadas no Diário da República, 2ª série – Nº 35 a 18 de Fevereiro de 2011. Assim, pretendo:

Desenvolver competências para reabilitar a pessoa com alterações da mobilidade (resultante de um AVC), que perdeu a sua autonomia na realização das suas ABVD's, capacitando-a para o regresso a casa.

Baseando-me na mesma fonte, bem como nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, legisladas no Regulamento nº 122/2011, no Diário da República, 2ª série – nº35 de 18 de Fevereiro de 2011, e as competências do 2º ciclo, descritas no Processo de Bolonha, pretendo ainda alcançar objectivos específicos, que me permitirão desenvolver competências comuns ao enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação essenciais ao exercício da profissão enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Estes objectivos específicos são:

- 1- Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisões éticas, suportadas em princípios, valores, normas deontológicas, e evidência científica;
- 2- Integrar as equipas multiprofissionais, dos diferentes contextos, que são intervenientes nos processos de cuidados de pessoas a vivenciar alterações resultantes de AVC, percebendo o papel desempenhado por cada elemento, principalmente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- 3- Avaliar a forma como a pessoa vive a alteração da funcionalidade, diagnosticando situações que impõem restrição ao exercício da mesma, respeitando a privacidade da pessoa e assegurando o sigilo da informação obtida/adquirida.
- 4- Conceber planos de cuidados de reabilitação adaptados à situação singular e global de cada pessoa/família com o propósito de maximizar a autonomia da pessoa e/ou promover capacidades adaptativas na realização das ABVD's, facilitadoras dos processos de transição saúde/doença.
- 5- Implementar as intervenções planeadas (no internamento, a implementação dessas intervenções permitirá não só maximizar a autonomia da pessoa e/ou promover capacidades adaptativas na realização das ABVD's, mas também promover a diminuição das dificuldades no regresso a casa).
- 6- Avaliar, no decorrer da implementação dos planos concebidos, a forma como as transições estão a ser vividas e os resultados obtidos comparando-os com os resultados esperados/ metas estabelecidas com a pessoa.

Para alcançar os objectivos propostos terei como recursos humanos:

- Pessoas vítimas de AVC, e seus cuidadores, em processo de transição de saúde-doença;

- Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (orientadores do estágio e outros enfermeiros especialistas pertencentes às equipas)
- Restantes elementos da equipa multiprofissional, (nomeadamente, assistentes sociais, fisioterapeutas...).

Como recursos materiais terei:

- Bases de dados científicas, permitindo a acesso à evidência científica recente;
- Código Deontológico do Enfermeiro;
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011, do Diário da República, 2ª série – nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011);
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº 125/2011, do Diário da República, 2ª série – nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011).

Para concretizar os objectivos específicos descritos foram planeadas atividades, descritas no anexo III, que proponho desenvolver no decorrer do 3º semestre deste curso . Para a realização dessas atividades, tenho como recursos físicos três locais de estágio:

- ECCL de Odivelas - ACES V de Odivelas;
- HRM;
- URFR do CHLN - HSM.

Pretendia iniciar a implementação deste projeto com a ECCL, uma vez que, de acordo com o enunciado do objectivo principal, pretendo desenvolver competências para, no internamento, capacitar a pessoa, com alteração da mobilidade (resultante de AVC), para a realização das suas ABVD's. Ou seja, a realização de um primeiro estágio com a ECCL, permitir-me-ia uma avaliação das necessidades e das principais dificuldades sentidas pelas pessoas no regresso a casa, no domicílio, permitindo-me nos estágios posteriores desenvolver com maior eficácia o objectivo principal a que me proponho.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (*vide* apêndice I) às enfermeiras responsáveis pelos respetivos locais e após análise dos dados obtidos (*vide* anexo II) verificou-se que se tratam de locais promotores da progressão deste projeto, pela existência de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, por prestarem cuidados específicos, em diferentes contextos, a pessoas com alterações da mobilidade

(resultante de AVC), com dificuldades na realização de ABVD's e por apresentarem disponibilidade e motivação para colaborar na progressão deste projeto. Mais especificamente, a ECCI de Odivelas (ACES V de Odivelas) permite o conhecimento do contexto domiciliário e da vivência, nesse contexto, das dificuldades vividas na realização de ABVD's. O HRM é um local adequado pela natureza dos cuidados de reabilitação que são prestados, sendo este um importante local de partida para o regresso a casa e a URFR por se direccionar ao cuidado de pessoas com alteração da função respiratória, que podem ser encaminhados de diversos locais, nomeadamente dos Serviços de Medicina, onde existe um número considerável de pessoas com alteração da função respiratória por imobilidade, muitas vezes resultante de AVC. Para além disso esta equipa está envolvida na realização de vários programas, sendo um deles de particular importância para o desenvolvimento deste projeto, nomeadamente no âmbito das AVD's no utente portador de doença respiratória.

Proponho a duração de 5 semanas para a realização do primeiro estágio na ECCI de Odivelas, seguidas de 8 semanas no HRM e de 5 semanas posteriores na URFR (*vide* apêndice IV). A sequência estabelecida entre o HRM e a URFR, é justificada pela disponibilidade dos serviços.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AVC constitui um problema de saúde pública com elevadas taxas de mortalidade e morbilidade, tanto a nível mundial como nacional.

Esta morbilidade impõe restrições à participação da pessoa no dia-a-dia. Estas restrições, provocadas pela alteração da funcionalidade provocam alterações no desempenho de atividades, nomeadamente de ABVD's. Essa realidade contribui para uma diminuição da satisfação face à vida, o que pode influenciar a vivência pouco saudável da transição.

A nível nacional o suporte de reabilitação nem sempre é o adequado pela necessidade de ser encaminhar estas pessoas para serviços cujo foco de cuidados se centra em cuidados agudos, distanciando-se de processos de reabilitação que devem ser implementados, nomeadamente assim que se atinge uma estabilidade clínica. No sentido de melhorar os cuidados de reabilitação em serviços desta natureza, é importante pensar-se em estratégias para o conseguir. Assim, pretendo desenvolver este projeto, para aquisição de competências que me permitirão desenvolver estratégias e intervenções contributivas para o saudável regresso a casa das pessoas com alterações da mobilidade, resultante de AVC.

Espero conseguir desenvolver este projeto, nomeadamente conseguir desenvolver competências de enfermeira especialista, mais especificamente em enfermagem de reabilitação, para que possa dar um forte contributo para a melhoria da qualidade de cuidados de reabilitação e para promover o reconhecimento da importância da nossa ação.

6 - BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, M. (2002) – Prefácio. In: MARTINS, M. (2002) - **Uma crise accidental na família: O doente com AVC**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde. ISBN 972-8485-30-1. p.13-15

ALMBORG, A.-H.; *et al.* (2008) - Patient's perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. **Journal of Clinical Nursing**. Nº 18. p.199-209

AMERICAN HEART ASSOCIATION (2011) – Heart Disease and Stroke Statistics 2011 Update: A Report from the American Heart Association. **Journal of the American Heart Association**.

Acedido a 18/07/2012 em <http://circ.ahajournals.org/content/123/4/e18.full.pdf+html>

ARAÚJO, F.; *et al.* (2007) - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 25, nº 2. (Julho/Dezembro, 2007) p. 59-66

BENNER, Patricia. (2001) – **De iniciado a Perito : Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

BOYLES, C. M.; BAILEY, P. H.; MOSSEY, S. (2008) – Representations of disability in nursing and healthcare literature: an integrative review. **Journal of Advanced Nursing**. 62(4). p. 428-437

CARDOSO, J. (2004) - Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. **Rev. Port. Clin. Geral**. Nº20. p. 385-394

CHICK, N.; MELEIS, A. (2010) - Transitions: A Nursing Concept. In: MELEIS, A. (2010) - **Transitions Theory: Middle-range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice**. ISBN 978-0-8261-0534-9. p.24-38

COSTA, D. (2003) – **Qualidade de Vida pós-AVC: Resultados duma intervenção social**. Porto: Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Especialização em Epidemiologia apresentada na Universidade do Porto

COUNIHAN, Timothy (2005) – Doença Vascular Cerebral. In ANDREOLI; *et al.* – **Cecil, Medicina Interna Básica**. Elsevier Editora, 6ª edição. 2005. ISBN 85-352-1552-2. p. 1077-1087

Circular Normativa nº03/DSPCS. Despacho Nº 16415/2003. **Actualização do programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares**. Direcção Geral de Saúde. Diário da República, 2ª série, nº 193 (22, Agosto, 2006)

Acedido a 19/07/2012 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198/0/circularnormativadgs03dsps060206.pdf>

DIRECÇÃO GERAL DA SAUDE (2001) - **Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN :972-9425-97-3

European Stroke Initiative (EUSI) (2003) - **AVC Isquémico: Profilaxia e Tratamento – Informação para médicos hospitalares e medicina ambulatória**.

Acedido a 15/07/2012 em http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf

HARTMAN-MAEIR, *et al.* (2007) - Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. **Disability and Rehabilitation**, Nº29(7). (Abril, 2007). p. 559-566

HESBEEN, W. (2003) – **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8383-43-6

JACOB, L. ; POLETICK, E. (2008) - Systematic Review: Predictors of Successful Transition to Community – Based Care for Adults with Chronic Care Needs. **Care Management Journals**. Vol 9, Nº 4. p. 154-165

KÉROUAC, Suzanne *et al.* (1996) - **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Mason, S.A.

LANDI, *et al.* (2006) - Effects of an Occupational Therapy Program on Functional Outcomes in Older Stroke Patients. **Gerontology**. Nº 52. (2006). p. 85-91

LEAL, Filomena (2001) – Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In: PADILHA, José; *et al.* – **Enfermagem em Neurologia**. Coimbra: Formasau. 1ª edição. ISBN 972-8485-18-2. p. 131-151.

LHOTELLIER, Alexandre (1986) – **Le travail méthodique de Project: Education Permanente**. Paris.

MARQUES, S. (2007) - **Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC**. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.

MARTINS, M. (2002) - **Uma Crise Acidental na Família: O doente com AVC**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde. ISBN 972-8485-30-1

MARTINS, T. (2006) – **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde. ISBN 972-8485-65-4.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J.P.; GARRETT, C. (2006) - Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluation nueve meses después del alta hospitalaria. **Rev. Neurologia**. Nº 42(11). p. 655-659

MELEIS, A.; *et al.* (2000) - Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**, 23(1). p.12–28

MENOITA, Elsa; *et al.* (2012) – **Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-78-3

NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE (2011) - **Stroke rehabilitation : The rehabilitation and support of stroke patients**. London

NEWSLETTER DA RNCCI. UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS

CONTINUADOS INTEGRADOS. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2001) (2011)

Acedida a 5/02/2012 em:

http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/newsletter_umcci_n1_2011.pdf

NOGUEIRA, J. M. ; *et al.* (2007) – **Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais.** Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Acedido a 9/07/2012 em

<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UnidadesReabilitacaodeAVCfinal.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Parecer nº12/2011 Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. **Parecer sobre Actividades de Vida Diária.** (18 de Setembro de 2011). p.1-2

Acedido a 15/07/2012 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

PATEL, A.; *et al.* (2004) - Training care givers of stroke patients: economic evaluation. **BMJ.** Vol. 328, (Maio, 2004). p.1-6.

PETRONILHO, F. (2007) – **Preparação do regresso a casa.** Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.

RAMIRES, I. (1997) - Reabilitação no Acidente Vascular Cerebral: do Hospital à Comunidade. **Ata Médica Portuguesa.** Nº 10. p. 557-62

REGULAMENTO nº 125/2011. **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.** Diário da Republica, 2ª série. Nº 35 (18 de Fevereiro de 2011). p.8658-8659

Acedido a 06/07/2012 em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

REGULAMENTO nº 122/2011. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Diário da República, 2ª série. Nº 35 (18 de Fevereiro de 2011). p.8648-8653

Acedido a 06/07/2012 em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. (1994) – Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol.26. Nº2. p.119-127

SERRA, M. (2010) - O regresso a casa do utente com AVC: Um desafio de reabilitação para a enfermagem e para a família. **Enformação**. ISSN 1646-9607. Nº 13. p. 20-25

STRATEN, M.; *et al.* (1997) - Length of Hospital Stay and Discharge Delays in Stroke Patients. **Stroke**, 28, 137-140.

Acedido a 05/07/2012 em <http://stroke.ahajournals.org/content/28/1/137.long>

STROKE UNIT TRIALISTS' COLLABORATION (1997) - Collaborative systematic review of the randomized trials of organized inpatient (stroke unit) care after stroke. **BMJ**. Vol. 314. p. 1151-1158

WEISS; *et al.* (2007) - Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. **Clinical Nurse Specialist**. Vol. 21(1). p. 31–42.

Referências informáticas

¹ <https://apps.who.int/infobase/Mortality.aspx?l=&Group1=RBTCntyByRg&DDL CntyByRg=EUR&DDL CntyName=1004&DDLYear=2004&TextBoxImgName=go>
Acedido em 25/05/2012

² <http://impns.dgs.pt/doencas-cardiovasculares/mortalidade-por-acidente-vascular-cerebral-antes-dos-65-anos/>
Acedido em 18/07/12

7 - APÊNDICES

APÊNDICE I

GUIÃO DE ENTREVISTAS REALIZADAS NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE ESTÁGIO

(Questões que permitirão perceber se os objectivos que estabeleci são passíveis de realizar nesse local de estágio)

ECCI de Odivelas – ACES V de Odivelas

- Quantos enfermeiros especialistas em reabilitação tem a instituição?
- Que funções desempenham?
- Com que frequência são feitas as visitas domiciliárias?
- Como é que é feita a articulação com os outros elementos da equipa?
- Quais as situações mais comuns?
- Qual a origem dos doentes? RNCCI? Internamento sem associação à rede? Quantos doentes esperam vaga em casa para a RNCCI? Ao fim de quanto tempo de espera é que têm vaga?

Hospital Residencial do Mar

- Quantos enfermeiros especialistas em reabilitação tem a instituição?
- Que funções desempenham?
- Como é que é feita a articulação com os Fisioterapeutas e outros elementos da equipa?
- Quais as situações mais comuns?
- Quantos doentes podem estar internados na unidade de convalescença e reabilitação?

- Qual a origem dos doentes? Domicílio? Internamento? Ao fim de quanto tempo de espera?
- Como é que é feito o regresso a casa? Tem apoio da comunidade? Se sim, como é que é feito esse encaminhamento? Há alguma visita do enfermeiro especialista ao domicílio?

Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

- Quantos enfermeiros especialistas em reabilitação tem o serviço?
- Que funções desempenham?
- Qual o horário que praticam?
- Como é constituída a equipa multidisciplinar? Como é feita entre os vários elementos da equipa multidisciplinar?
- De onde são referenciados os doentes?
- Quais as situações mais comuns?
- Como é que é feito o regresso a casa? Tem apoio da comunidade? Se sim, como é que é feito esse encaminhamento?
- Como é feita a formação dos enfermeiros especialistas em reabilitação? Que projetos existem relacionados com reabilitação?

APÊNDICE II

DADOS OBTIDOS A PARTIR DAS ENTREVISTAS REALIZADAS

ECCI de Odivelas – ACES V de Odivelas

A ECCI possui uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, que desenvolve a sua atividade profissional nessa área, 40 horas semanais. Realiza visitas domiciliárias programadas de acordo com as necessidades identificadas nas situações específicas de cada pessoa. Existe, apesar de não ser possível a sua especificação, um elevado número de pessoas vítimas de AVC, com alterações da mobilidade, resultantes desse acidente, com fortes dificuldades na realização das ABVD's. No entanto, os cuidados prestados destinam-se a uma população essencialmente pertencente a uma faixa etária acima dos 60 anos, cuja restrição da participação não foi motivada exclusivamente por um acidente desta natureza. Esta população é essencialmente encaminhada para a equipa através da comunicação escrita dos hospitais da área de residência. A permanência em casa é em alguns casos, temporária, visto estarem a aguardar vaga em instituições da RNCCI. Esse tempo de espera é variável, podendo considerar-se o período de duas semanas, uma média realista.

Hospital Residencial do Mar

O Hospital do Mar é uma instituição hospitalar de ambiente residencial, que desenvolve a sua atividade em diversas vertentes, nomeadamente, convalescença e reabilitação, sobretudo em situações pós-agudas, com ênfase em patologias do foro neurológico e ortopédico, nomeadamente acidentes vasculares cerebrais, cirurgia da anca e joelho, cuidados pós-cirúrgicos gerais, entre outros, sendo que uma considerável parte da população são pessoas em situações pós-agudas de AVC. São dois os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que desenvolvem atividade em turnos separados, perfazendo uma totalidade de 40 horas semanais.

Nesta instituição o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

desenvolve várias atividades, das quais se destacam a identificação, planeamento e execução de intervenções de enfermagem de reabilitação a doentes e família, articulação com a equipa multidisciplinar, formador informal da equipa nas boas práticas, orientação de alunos de especialização em enfermagem de reabilitação.

A população internada é de ambos os sexos, maioritariamente idosos, apresentando alguns, elevado grau de dependência. Os doentes são avaliados em equipas multidisciplinares que identificam as suas necessidades, estabelecem objectivos a atingir, bem como o desenvolvimento de planos específicos de intervenção terapêutica. As decisões relativas ao tratamento contam com a participação ativa dos doentes assim como em todas as atividades diárias de vida e de lazer que possam desenvolver, maximizando sempre a sua autonomia.

Os doentes permanecem internados durante períodos que em regra não excedem algumas semanas, durante as quais cumprem planos intensivos de reabilitação, planeados por equipas multidisciplinares, pretendendo-se assim a recuperação da funcionalidade e/ou a adaptação a novas formas de desempenho que contribuam para a autonomia e qualidade de vida.

A Unidade de Convalescença e Reabilitação têm disponíveis 26 quartos duplos e 14 quartos individuais (todos com casa de banho privativa) dos quais 30 camas, atribuídas habitualmente em quartos duplos, estão destinadas a acolher doentes referenciados pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com elevado potencial de reabilitação.

Não existe um acompanhamento posterior ao internamento e o encaminhamento para o Centro de Saúde é feito através do envio de uma “carta de alta”.

Unidade de Readaptação Funcional Respiratória (URFR) do Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

A URFR tem como missão proporcionar assistência ao utente no âmbito da prevenção e tratamento da patologia respiratória com adequação de programas de readaptação funcional respiratória. É constituída por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte 7 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 1 médico pneumologista, 2 assistentes operacionais e 1 secretária de unidade.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação tem como funções: identificar, planear, orientar e executar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa jovem, adulto e idoso com patologia do foro respiratório; conceber a preparação pré e pós operatória de cirurgia torácica, cardíaca e abdominal; fornecer apoio ao utente/família/cuidador, de modo a que consiga atingir o nível máximo de autonomia possível/capacidade funcional; integrar a preparação para a alta em todo o processo de cuidados, ao utente e cuidador, através de ensinamentos efectuados ao longo das sessões, o que permite estimular e responsabilizar o utente no seu processo de reabilitação; avaliar os cuidados prestados, reformulando com a restante equipa multidisciplinar o plano de atuação para cada utente; dinamizar e colaborar nas consultas de readaptação funcional respiratória e oxigenoterapia de longa duração; promover consulta de enfermagem a doentes portadores de fibrose quística; administrar aerosolterapia e oxigenoterapia e implementar programas de treino de exercício aos utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

A estrutura física é composta por uma área com sete unidades individuais para a prestação de cuidados de readaptação funcional respiratória e drenagem postural; um ginásio, equipado com passadeira, cicloergómetros, um sistema de roldanas, espaldar, entre outros equipamentos que possibilitam aos doentes fazer trabalho específico de ginásio.

Os doentes podem ser encaminhados de diversos locais, como Centros de Saúde, Consulta de Pneumologia, Consultas Externas ou serviços de internamento, nomeadamente de Serviços de Medicina, onde existe um número considerável de pessoas com alteração da função respiratória por imobilidade, muitas vezes resultante de AVC.

A equipa está envolvida no desenvolvimento de vários projetos, nomeadamente no âmbito das AVD's no utente portador de doença respiratória, projeto de reabilitação cardíaca e desenvolvimento de cursos a doente com DPOC e sua família.

APÊNDICE III

COMPETÊNCIAS, OBJECTIVOS, ATIVIDADES A DESENVOLVER E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO/INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Competências	Objectivos específicos	Atividades	Critérios/Indicadores de Avaliação
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<p>1- Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisões éticas, suportadas em princípios, valores, normas deontológicas, e evidência científica</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reflexão periódica sobre a prática de cuidados, com realização de jornais de aprendizagem (1 por semana) Observação das estratégias desenvolvidas pela equipa multiprofissional para promoção de vivências saudáveis das transições da pessoa com AVC Participação nas tomadas de decisão em equipa (incluindo a pessoa), com base em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação; Procura de evidência científica que permita fundamentar a prática de cuidados de reabilitação; 	<p>Critérios de avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantem princípios éticos no decorrer da prática assegurando a confidencialidade e a segurança da informação adquirida; Aplica um raciocínio clínico, não só baseado na experiência mas essencialmente fundamentado por evidência científica; Reflete na, mas essencialmente sobre a ação, materializando essa reflexão em documentos escritos; Age de acordo com princípios éticos e deontológicos, respeitando a pessoa, nos seus interesses, valores, costumes, entendendo-a como corresponsável no processo de cuidados. <p>Indicadores de Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> Ter realizado 1 jornal de aprendizagem por cada semana de estágio; Ter realizado pesquisa de evidência científica; Ter participado em decisões relativas ao processo de cuidados de forma assertiva, suportadas em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica.

<p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>	<p>2 – Integrar as equipas multiprofissionais, dos diferentes contextos, que são intervenientes nos processos de cuidados de pessoas a vivenciar alterações resultantes de AVC, percebendo o papel desempenhado por cada elemento, principalmente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de protocolos e manuais existentes nos serviços e familiarização com instrumentos de trabalho existentes; • Identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados; • Observação das rotinas diárias; • Observação das estratégias desenvolvidas pela equipa para promoção da capacitação/adaptação da pessoa com alteração da mobilidade resultante de AVC; • Observação das estratégias desenvolvidas e das intervenções implementadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no decorrer dos processos de cuidados; • Identificação dos recursos existentes nos diferentes contextos para apoio à pessoa com AVC; • Participação em reuniões de equipa; • Envolvimento os diferentes profissionais na concepção e implementação dos planos de reabilitação. 	<p>Critérios de avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplica procedimentos de acolhimento e colheita de dados existentes no serviço; • Interage com a equipa, participando em decisões e envolvendo-o nos planos concebidos; • Mobiliza recursos existentes nos diferentes contextos para apoio à pessoa com alterações da funcionalidade, resultante de AVC. <p>Indicadores para avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter consultado os protocolos e manuais do serviço; • Conhecer as rotinas do serviço; • Identificar os procedimentos de acolhimento e colheita de dados; • Ter conhecimento dos recursos humanos e materiais existentes no serviço que podem ser mobilizados na prestação de cuidados.
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.</p>	<p>3 – Avaliar a forma como a pessoa vive a alteração da funcionalidade, diagnosticando situações que impõem restrição ao exercício da mesma, respeitando a privacidade da pessoa e assegurando o sigilo da informação obtida/adquirida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das dificuldades sentidas pela pessoa aquando da realização das ABVD's no domicílio, principalmente quando regressam de um internamento por AVC, sem ênfase na reabilitação, nomeadamente no treino destas atividades; • Identificação de estratégias desenvolvidas pela pessoa, para realizar as ABVD's, facilitadoras do processo de transição; • Identificação das barreiras arquitectónicas, no contexto de vida da pessoa, que influenciam ou poderão influenciar, o desempenho da funcionalidade na realização das ABVD's; 	<p>Critérios de avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra competência para avaliar a forma como a pessoa vive a alteração da funcionalidade; • Diagnostica alterações que impõe limitações ao exercício da funcionalidade; • Identifica as principais dificuldades manifestadas pelas pessoas, no regresso a casa após internamento por AVC, sem ênfase na reabilitação; • Identifica estratégias desenvolvidas pelas pessoas com alteração da mobilidade, facilitadoras do processo de transição; • Regista adequadamente a informação

<p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização da transição, percebendo expectativas, grau de envolvimento na transição, conhecimentos face ao processo de reabilitação e identificação/ caracterização de transições simultâneas; • Identificação de factores pessoais, comunitários e sociais, facilitadores e inibidores do processo de transição, nos vários contextos de vida da pessoa; • Realização de registos de cuidados prestados e dados obtidos, partilhando com a equipa aqueles que são pertinentes para o desenvolvimento do processo de cuidados, respeitando a privacidade da pessoa. 	<p>pertinente para o desenvolvimento do processo de cuidados, respeitando a privacidade da pessoa.</p> <p>Indicadores para avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores inibidores e facilitadores do processo de transição, sejam eles pessoais, sociais e comunitários; • Identificar padrões de resposta à transição. • Ter registo das principais dificuldades, e das estratégias encontradas pelas pessoas com alteração da mobilidade, resultante de AVC, para se adaptarem à realização de ABVD's
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 – Concebe , gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades</p>	<p>4 - Conceber planos de cuidados de reabilitação adaptados à situação singular e global de cada pessoa/família com o propósito de maximizar a autonomia da pessoa e/ou promover capacidades adaptativas na realização das ABVD's, facilitadoras dos processos de transição saúde/doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procura de evidência científica que permita fundamentar a prática de cuidados de reabilitação; • Discussão com a pessoa sobre as práticas de risco e prescrição de intervenções para o reduzir; • Desenvolvimento, com o doente, (numa relação de corresponsabilidade) de estratégias e intervenções a implementar, para maximização da funcionalidade e/ou readaptação à realização das ABVD's, eliminando barreiras arquitectónicas; • Definição de resultados esperados e metas a atingir, após avaliação da funcionalidade, com utilização de escalas adequadas, respeitando as suas capacidades, potencialidades e a sua vontade, os seus valores, costumes e crenças espirituais. 	<p>Crítérios de avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concebe planos de intervenção, baseados nas metas estabelecidas com a pessoa, com o intuito de otimizar a adaptação à alteração da funcionalidade e promover a diminuição dessa alteração. • Conhece as capacidades e expectativas da pessoa, as suas vontades, valores, costumes e crenças; • Avalia a funcionalidade com utilização de escalas e instrumentos de medida já existentes no serviço; <p>Indicadores para avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter procurado evidência científica que permite fundamentar a prática de cuidados de reabilitação; • Conhecer a vontade do doente, os seus valores, costumes e crenças; • Conceber planos de reabilitação com o intuito de maximizar a funcionalidade e/ou readaptação à realização de ABVD's; • Ter aplicado escalas e instrumentos de

<p>especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção da cidadania.</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>			<p>medida para avaliação da funcionalidade na realização de ABVD's;</p>
<p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção da cidadania.</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>	<p>5 - Implementar as intervenções planeadas</p> <p>(no internamento, a implementação dessas intervenções permitirá não só maximizar a autonomia da pessoa e/ou promover capacidades adaptativas na realização das ABVD's, mas também promover a diminuição das dificuldades no regresso a casa).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos planos definidos, nomeadamente na realização de ABVD's, com eventual utilização de produtos de apoio, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa, nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade); • Envolvimento dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar na implementação dos planos concebidos; • Sensibilização/formação informal dos enfermeiros generalistas, pertencentes à equipa multidisciplinar, para a importância de manutenção de intervenções que visem a promoção da adaptação/melhoria da funcionalidade da pessoa; • Orientação para a eliminação/adaptação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa; • Promoção do acesso à informação sobre produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e eventual encaminhamento para profissionais que possam orientar a pessoa na aquisição de apoios sociais. 	<p>Critérios de avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementa os planos definidos, com vista à optimização da funcionalidade, capacitando a pessoa na realização da suas ABVD's, promovendo o aumento da sua autonomia, valorizando o ensino e a orientação da pessoa. <p>Indicadores para avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter implementado planos de reabilitação pré-estabelecidos com a pessoa de acordo com as suas capacidades e vontades/expectativas; • Demonstrar competência para ensino demonstração e treino de técnicas no âmbito dos planos definidos;

<p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>	<p>6 – Avaliar, no decorrer da implementação dos planos concebidos, a forma como as transições estão a ser vividas e os resultados obtidos, comparando-os com os resultados esperados/ metas estabelecidas com a pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da resposta às intervenções implementadas, através da observação e aplicação de escalas e instrumentos de medida para avaliação da funcionalidade na realização de ABVD's; • Registo da forma como decorre o processo para alcançar as metas, atendendo a padrões de resposta/indicadores do processo de transição. 	<p>Critérios de avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avalia com regularidade os resultados obtidos através da observação, aplicação de escalas e instrumentos de medida adequados e do registo. <p>Indicadores para avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter registado as avaliações efectuadas.
--	--	--	--

APÊNDICE IV

CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS E DE AQUISIÇÃO DE OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

		ANOS		2012												2013									
		Meses		Outubro					Novembro				Dezembro			Janeiro					Fevereiro				
		Semanas		1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	1	7	14	21	28	4	11	16	25
			7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	31	6	13	20	27	3	10	15	24	3	
Locais de Estágio	ACES V Odivelas – ECCI Odivelas													Férias escolares											
	HRM																								
	URFR do CHLN - HSM																								
Objectivos específicos		1																							
		2																							
		3																							
		4																							
		5																							
		6																							

**APÊNDICE II - CARTA DIRIGIDA AO EXMO Sr. DIRECTOR
DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Tânia Milene Porfírio Simões de Carvalho

Exmº Sr. Director Manuel Caldas de Almeida

Data: 27 de Novembro de 2012

Assunto: Pedido de realização de visitas domiciliárias sem prejuízo para o hospital

Estou a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Para a conclusão desse curso, propus-me desenvolver um projeto cujo tema é, **Reabilitar para o Quotidiano: Preparação do regresso a casa da pessoa com alteração da mobilidade resultante de AVC.**

Tenho como principal objectivo, desenvolver competências para reabilitar as pessoas com alterações da mobilidade resultante de AVC, que perderam a sua autonomia na realização das suas atividades básicas de vida diária, capacitando-as para o regresso a casa, procurando diminuir o impacto das dificuldades com que são confrontados nesta transição.

A implementação deste projeto tem prevista a realização de três ensinamentos clínicos. O primeiro, com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas (com duração de 5 semanas), o segundo, no Hospital do Mar, (com duração de 8 semanas), já com aprovação da Exmª Srª Enfermeira Diretora Ana Paula Martins, sob tutoria da Exmª Srª Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Paula Figueiredo e do Exmº Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Rui Santos e o terceiro, (com duração prevista de 5 semanas) na Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do Centro Hospitalar de Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria.

No primeiro, tinha por principal objectivo, a identificação das dificuldades sentidas, na realização das atividades básicas de vida diária aquando do regresso a casa, da pessoa com alteração da mobilidade resultante de AVC e das estratégias que encontraram para superar essas dificuldades. No entanto, por constrangimentos institucionais apenas foi possível conhecer a realidade de uma pessoa vítima de um acidente dessa natureza. Contudo, tive oportunidade de acompanhar várias pessoas com alterações da mobilidade no seu domicílio, e foi possível identificar alguns aspectos importantes, que poderiam ter sido trabalhados no período de internamento e que teriam permitido a melhor readaptação no regresso a casa, pelo que justifico a importância de dar continuidade a este projeto.

Assim, pretendia solicitar a V^a Ex^a, a possibilidade de fazer visitas domiciliárias, às pessoas que eu acompanhar, no Hospital do Mar, que tiverem alta para o domicílio, no período em que decorre o meu ensino clínico. Essas visitas, seriam feitas com consentimento das pessoas e seus familiares, sem qualquer prejuízo para o Hospital. A realização destas visitas, permitiria perceber se as intervenções de enfermagem de reabilitação, implementadas no período de internamento, são eficazes para promover um regresso a casa saudável.

Fico a aguardar, ansiosamente, por uma apreciação de V^a Ex^a, relativa ao acima proposto.

Sem outro assunto de momento.

Grata pela atenção dispensada.

Com os meus melhores cumprimentos.

Subcrevo-me com consideração,

Atentamente

**APÊNDICE III - NOTAS DE ENFERMAGEM REALIZADAS A
PARTIR DA ADMISSÃO DO Sr. G.**

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ADMISSÃO

Sr. G.

Orientado por: Enfermeira Fátima Ferreira (Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

Docente orientador: Professora Cristina Saraiva

Elaborado por: Tânia Milene Porfírio Simões de Carvalho (nº3949)

Outubro de 2012

IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE E CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

O Sr.º G. é um senhor de 65 anos de idade, eletricitista reformado. Casado e tem dois filhos, casados.

Tem como antecedentes pessoais, hipertensão arterial, hábitos tabágicos (cerca de 40 cigarros/dia, desde os 14 anos) e hipercolesterolémia.

A 29/09 dirigiu-se ao Hospital Beatriz Ângelo, hospital da sua área de residência, por quadro de diminuição da força no hemicorpo direito e afasia de expressão. Realizou TAC Crânio-encefálico posteriormente, que confirmou diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico no hemisfério esquerdo. Não há descrição sobre um eventual início de plano de reabilitação no decorrer do internamento.

A 15/10 regressa a casa, encaminhado para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas – Agrupamento de Centro de Saúde V de Odivelas, aguardando vaga para internamento numa unidade de convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

DIA 18/10/2012 – Primeira visita domiciliária

Transições identificadas: Transição de saúde-doença.

Padrões das transições: A esposa do Sr. G. refere que anterior ao início desta transição não tinha preocupações ou problemas relevantes. O Sr. G. confirmou esta informação acenando positivamente. Assim sendo, esta transição foi a única identificada como relevante.

Propriedades das transições: O Sr. G. parece ter percepção da sua situação e das limitações que tem neste momento. Participa na realização dos exercícios com aparente motivação. No entanto a Dª M., a esposa refere que o Sr. G. apresenta períodos de labilidade emocional, acompanhando momentos

de fraco envolvimento na realização das atividades de vida diária quando é incentivado a fazê-lo.

Fatores facilitadores e inibidores das suas transições: É factor facilitador a relação que tem com os filhos e com a nora, com quem tem uma relação de forte proximidade. Tem também uma forte relação de proximidade e carinho aparente com a esposa, embora a ansiedade da senhora possa ser inibidor na vivência saudável desta transição. A senhora apresenta forte labilidade emocional e diminuição de esperança face à recuperação do Sr. G.

Vive num prédio, com necessidade de subida de dois degraus, com suporte de corrimão. Tem elevador após a subida dos dois degraus. A casa é espaçosa, sem dificuldade na passagem nos corredores. A largura das portas comporta a passagem de uma cadeira de rodas. Tem tapetes à entrada de casa, no quarto e na casa de banho. A casa de banho é pequena, sem possibilidade de mobilização de uma cadeira de rodas (só seria possível movê-la num sentido, ou seja para a frente ou para trás). Tem banheira, sem aplicação de qualquer material de apoio. O quarto é espaçoso. Colocaram no mesmo quarto duas camas (cada uma para uma pessoa), uma para a esposa e outra para o Sr. G.. Ambas as camas estão encostadas a paredes opostas. Quando posicionado na cama em decúbito dorsal, o Sr. G. fica com o hemicorpo direito voltado para a parede. A porta do quarto fica à sua esquerda. O espaço entre as camas permite a mobilização de uma cadeira de rodas. A nora construiu um quadro com o abecedário e com imagens, que o Sr. G. utiliza com frequência. Tem uma cadeira de rodas, emprestada por um vizinho.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

- ESTADO DE ORIENTAÇÃO, COMPREENSÃO E LINGUAGEM

Apresenta afasia de expressão. Não foi possível a avaliação do estado de orientação do Sr. G., no entanto o senhor parece estar orientado autopsiquicamente, uma vez que tenta responder e dirige olhar quando chamamos pelo seu nome. Tenta cumprir indicações, parecendo compreender o que lhe é pedido.

- SENSIBILIDADE E COORDENAÇÃO DE MOVIMENTOS

No membro superior direito tem apenas sensibilidade tátil e dolorosa, embora apresente hipostesia e hipoalgesia. No membro inferior direito apresenta mantidas sensibilidade térmica, postural, tátil e dolorosa, embora com hipostesia e hipoalgesia.

- PARES CRANEANOS

O Sr. G. tem alteração do nervo facial (VII par), apresentando ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à direita e ligeiro desvio da comissura labial para a esquerda.

- CONTROLO POSTURAL/EQUILIBRIO

O Sr. G., quando sentado, tem mantido equilíbrio estático e dinâmico, com alinhamento corporal adequado. Em posição ortostática, necessita de apoio à direita, não sendo capaz de dar passos, por não conseguir fazer carga ao nível do membro inferior direito.

AVALIAÇÃO MOTORA

- FORÇA E MOBILIDADE

O Sr. G. apresenta força de grau 5/5 (avaliado na Escala de *Lower*) em todos os segmentos do hemicorpo esquerdo e força de grau 1/5 no membro superior direito e 3/5 no membro inferior direito.

No hemicorpo esquerdo realiza todos os movimentos, correspondentes a todos os segmentos corporais, com mobilizações ativas.

No hemicorpo direito, nomeadamente ao nível do membro superior, através de mobilizações passivas, só se consegue realizar flexão do ombro até aproximadamente aos 135° e abdução do ombro até aos 90°, por dor tipo pontada, que surge aquando do movimento, com intensidade de 8 (segundo a sua avaliação da escala numérica com faces associada) que alivia com toma

de analgésicos e repouso. No restante hemicorpo, através de mobilizações passivas, não apresenta qualquer outra limitação.

Com mobilização ativa, consegue realizar flexão da articulação coxo-femural até aproximadamente aos 60°, abdução até aos 20° e adução aos 10° (avaliações aproximadas). Consegue realizar flexão do joelho até, aproximadamente aos 90°, apresentando pouco controlo na realização do movimento inverso. Não apresenta alteração da amplitude de movimentos ao nível das articulações tibiotársica e metatársicas.

Não consegue fazer carga ao nível do membro inferior direito, pelo que não consegue dar passos para iniciar a marcha.

Consegue realizar exercício de ponte, elevando a bacia cerca de 4 cm. Necessita de ajuda de terceiros para alinhar o corpo no leito e para rolar na cama.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

O Sr. G. é dependente na realização das atividades de vida diária, apresentando um score de 16 no Índice de *Katz*.

Necessita de ajuda total aquando do banho. No decorrer do internamento refere nunca ter ido à casa de banho e desde que regressou a casa ainda não lhe foi proporcionado, por desconhecimento da esposa, relativamente à forma como o deve fazer, um banho com lavagem de toda a superfície corporal. Têm programada para hoje, visita domiciliária de auxiliares para a realização do banho.

Não consegue despir nem vestir qualquer peça de roupa. Refere que, desde a ocorrência do AVC, nunca foi ensinado ou incentivado a fazê-lo. Nas transferências necessita de ajuda total de terceiros.

É dependente total no cuidado à toilette pessoal, conseguindo apenas pentear-se e lavar a face e os dentes, não sendo capaz de colocar pasta na escova de dentes. Também nestas atividades, a esposa assume uma posição paternalista, substituindo-os na realização destas atividades. A esposa refere desconhecer a capacidade que o Sr. G. tem.

É incapaz de utilizar a casa de banho sem ajuda de terceiros. Neste momento satisfaz necessidades de eliminação na fralda embora tenha controlo do esfíncter intestinal e apenas perdas vesicais esporádicas, que não foi capaz de especificar. É a esposa que lhe muda a fralda. Refere que não foi ensinada a fazê-lo, mas refere não ter dificuldade, uma vez que o fez com regularidade aquando do nascimento dos filhos. O facto do Sr. G. conseguir realizar o exercício de ponte, facilita-a na realização desta atividade.

Desloca-se em cadeira de rodas, necessitando de ajuda de uma pessoa para mobilizar a cadeira.

Aquando da alimentação consegue comer de forma autónoma se lhe forem dispostos os alimentos, embora a esposa o substitua com frequência. Necessita de ajuda para cortar os alimentos, não sendo capaz de utilizar dois talheres em simultâneo no decorrer da refeição.

O Sr. G. apresenta um score de 0, avaliado na Escala de *Lawton e Brody* evidenciando um elevado grau de dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária.

**APÊNDICE IV - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE VISITA DOMICILIÁRIA**

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmº Sr. Cliente

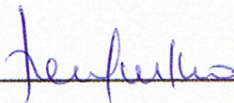
Sou enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito da conclusão deste curso estou a desenvolver um projeto, cujos principais objectivos são:

- Reabilitar a pessoa com alterações da mobilidade, que perdeu a sua autonomia na realização de atividades de vida diária, como são exemplos os cuidados de higiene, a alimentação, etc.
- Diminuir o impacto das dificuldades na realização dessas atividades, com que será confrontada aquando do regresso a casa.

Com o objectivo de perceber se, as intervenções desenvolvidas no internamento, foram eficazes para promover um regresso a casa sem dificuldades relevantes, proponho a Vª Exª a realização de uma visita domiciliária, sem qualquer custo associado. No caso de serem identificadas dificuldades, que possam afetar a sua adaptação ao seu ambiente domiciliário, procurarei intervir no sentido de o ajudar a encontrar estratégias para uma adaptação eficaz.

Grata pela sua atenção.


Atentamente



Eu, Maria do Carmo de Sousa, com BI/Cartão de cidadão nº 38639519, tomei conhecimento dos objectivos do projeto e autorizo a visita domiciliária proposta.

Data: 4 / 1 / 2013

Assinatura do Cliente



**APÊNDICE V – RELATÓRIO DA VISITA DOMICILIÁRIA
REALIZADA**

RELATÓRIO DA VISITA DOMICILIÁRIA REALIZADA À D^a Co.

Realizei uma visita domiciliária à D^a Co., uma senhora que acompanhei, no Hospital do Mar, desde a sua entrada.

Entrou nesse hospital a 13/11/2012 com ligeira disartria e lentificação no discurso, parésia facial central, desequilíbrio na marcha e diminuição da força do hemicorpo esquerdo. Apresentava um score de 15 no Índice de *Katz*, indicando um considerável nível de dependência na realização de atividades básicas de vida diária (ABVD), nomeadamente no banho, na atividade de vestir e despir e nos cuidados de toilette pessoal. Evidenciava um menor grau de dependência na alimentação, conseguindo mobilizar talheres embora necessitasse de ajuda para cortar alimentos. Necessitava de ajuda de terceiros nas transferências. Deslocava-se em cadeira de rodas. Apresentava incontinência do esfíncter vesical e controlo total do esfíncter intestinal.

Evidenciava um elevado grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), (score de 2 na Escala de *Lawton* e *Brody*) nomeadamente a realizar compras, a cozinhar, a realizar a lida da casa, no tratamento da roupa e nas deslocações. Assumia a responsabilidade da toma da medicação se esta estivesse separada previamente e geria o dinheiro do dia-a-dia embora precisasse de ajuda para lidar com somas mais avultadas.

A D^a Co. vivia agora uma transição, de saúde-doença, com necessidade de encontrar estratégias para recuperar autonomia, independência na realização de atividades de vida diária (AVD). Foram identificados problemas e a D^a Co. manifestou necessidade de os resolver. Foram por isso, estabelecidos objectivos de recuperação. Os filhos, principalmente o filho M., foram identificados como fortes factores facilitadores desse processo de transição, de adaptação à nova situação. As intervenções planeadas e implementadas foram realizadas sempre num registo de coresponsabilidade, sem distanciamento de papéis entre mim e a D^a Co. Ela assumia um papel ativo no encontro de estratégias para atingir os objectivos delineados. Os filhos participaram nas atividades propostas e no decorrer do internamento foram adquirindo, também

eles domínio no papel que agora lhes foi “atribuído/imposto”: o de cuidadores. Este papel era, inicialmente vivido com paternalismo, sobre a D^a Co., por desconhecimento, por assumirem uma necessidade inexistente de substituição nas AVD.

Regressou a casa a 09/01/2012, com um score de 6, avaliado no Índice de *Katz*. Todos os objectivos que tínhamos estabelecidos foram atingidos. Havia um domínio, por parte da D^a Co. na realização das ABVD. Esse domínio poderia no entanto alterar-se quando regressasse a casa definitivamente. A D^a Co. dominava o espaço onde viveu cerca de 2 meses e onde readquiriu capacidades para viver autonomamente. Agora, apesar das competências já estarem adquiridas, o espaço de domínio iria mudar. Será que poderia haver regressão das competências adquiridas? Haveria dificuldade em implementar o que aprendeu, ao seu espaço real? Para validação da eficácia das intervenções efectuadas, para verificação de dúvidas ou dificuldades que não tenham sido previamente trabalhadas no decorrer do internamento, foi proposta a realização de uma visita domiciliária.

Hoje (14/01/2013) foi realizada essa visita...

A D^a Co. estava bem disposta, comunicativa, mantendo-se sem dificuldades na comunicação. Estava na companhia do filho M..

Vive numa casa de áreas reduzidas, com necessidade de subir 8 degraus para aceder à entrada, conforme já me tinha referenciado. Os filhos realizaram as alterações que fomos identificando, no decorrer do internamento, como necessárias, ou seja, a casa não tem tapetes visíveis; a área de circulação, apesar de ser numa casa pequena, é livre de obstáculos; têm no poliban um tapete antiderrapante e colocaram recentemente duas barras de apoio.

A D^a Co. mantinha um score de 6, avaliado no Índice de *Katz*. Está totalmente independente na realização das ABVD. Tínhamos identificado a necessidade da D^a Co. reorganizar o seu roupeiro, de forma a ser autónoma na seleção diária da sua roupa. Refere hoje, que já não sente necessidade de reorganizar o roupeiro uma vez que, já consegue aceder aos cabides sem dificuldade.

Cuida da toilette pessoal de forma totalmente independente, embora apresente o material necessário para o desempenho dessa atividade disperso pela casa de banho. Foi incentivada a colocar todo o seu material (creme hidratante, escova de cabelo, escova e pasta de dentes e caixa com os seus ganchos) numa prateleira que têm junto ao espelho, facilmente acessível.

Tem caminhado, todos os dias, duas vezes por dia, acompanhada pelo filho, cerca de 2 Km em terreno com ligeiras oscilações de piso. Mantém necessidade de indicações verbais para correção postural, que o filho faz com destreza. Sobe e desce os 8 degraus de sua casa, com apoio do corrimão.

Refere que apesar de sair de casa e de caminhar com a frequência já descrita, receia perder agilidade na marcha e perder capacidade de equilíbrio, uma vez que não realiza os exercícios que realizava no decorrer do internamento. Refere que o facto de não ter um plano de exercícios, ou o facto de não ter atividades programadas para o decorrer do dia, lhe causa alguma tristeza. Foi realizado ensino para a realização de exercícios de treino de fortalecimento muscular e de equilíbrio, com o seu material, no seu ambiente real. O filho participou no encontro de estratégias para a realização desses exercícios. Foi também sugerida a inscrição no Centro de Dia da sua área de residência, uma vez que permitiria a ocupação dos seus tempos livres e promovia o relacionamento com outras pessoas.

Refere manter realização de exercícios para treino da musculatura pélvica. Mantém continência de esfíncteres. Neste momento usa a sua roupa interior, sem qualquer tipo de proteção, diurna ou noturna. Mantém uma micção noturna, mas desloca-se à casa de banho, com apoio de luz de presença, que instalaram no seu quarto após discussão em internamento, com interruptor bastante acessível. Já não tem necessidade de ir à casa de banho com o filho, ao contrário do que acontecia previamente por não ter iluminação suficiente e por ambos terem receio da existência de uma queda.

Relativamente às AIVD apresenta um score de 5, avaliado na Escala de *Lawton* e *Brody*, apresentando maior grau de dependência apenas nas atividades que obrigam a deslocações no exterior e na atividade de cozinhar (que não foi trabalhada no internamento por recusa da D^a Co. e do Sr. M., por referirem receio de acidentes no transporte de tachos e panelas com alimentos

a altas temperaturas). Consegue aquecer no micro-ondas, a sua comida, previamente preparada pelo filho. Lava a loiça e arruma a cozinha. Tal como trabalhado no decorrer do internamento, tem dobrado roupa e passado a ferro, com tábua que já está ajustada à sua altura quando sentada.

No segundo dia em casa, teve uma queda, na sequência de uma transferência para a cama, em que refere não o ter feito como trabalhámos no hospital. Refere ter-se sentado antes de assumir um posicionamento correto. Segundo o filho, até à ocorrência deste episódio, a D^a Co. apresentava “uma segurança extrema” (*sic*) na realização das AVD, que “parecia ser exagerada” (*sic*). A partir desse dia, realiza as atividades assegurando a sua segurança na realização das mesmas.

O filho M. refere que hoje, ao contrário da atitude que assumia no início deste processo de transição, assume uma função de educador/facilitador da adaptação da D^a Co à sua casa, à sua realidade. Refere que a participação nos exercícios realizados no decorrer do internamento, foram promotores da tomada de consciência das capacidades da mãe e essa participação permitiu-lhe ser hoje capaz de identificar e corrigir o que a D^a Co. faz incorretamente no dia-a-dia.

O regresso a casa pareceu ter sido saudável, ao contrário do que frequentemente acontece quando ocorre um acidente desta natureza e que transforma os ambientes habituais em ambientes estranhos, onde de repente se deixa de saber viver.

As intervenções desenvolvidas no decorrer do internamento, no sentido de preparar a D^a Co. e os filhos, principalmente o filho M., promoveram uma transição saudável para o seu ambiente, que continuou a ser o seu ambiente habitual. As pequenas alterações, facilitadoras da sua autonomia na realização de AVD, não clivaram com o ambiente outrora existente.

As intervenções implementadas no internamento, permitiram que a D^a Co. e os filhos adquirissem estratégias para lidar com a nova situação. Estão adaptados... Superaram esta transição! O trabalho com esta família, foi para mim exemplificativo da importância do desenvolvimento de um plano de cuidados adaptado a cada pessoa, a cada situação particular e mais

especificamente, foi exemplificativo da importância de se desenvolverem intervenções que visem a diminuição do impacto dos problemas no regresso a casa após um AVC. A implementação de um plano desta natureza, permite-lhes aquisição de estratégias de *coping* para lidar/resolver problemas que surgem quando estão no seu ambiente.

Quando agora são expostos a problemas, como foi o caso da queda, conseguem mobilizar estratégias para os resolver. Uma queda poderia significar a desistência, a aquisição de medo, se não estivesse preparada para perceber o que de mal tinha ocorrido. Identificou o que aconteceu e lembrou o que deveria ser feito.

A realização da visita domiciliária foi enriquecedora, não só para a D^a Co. e para o Sr. M., que referem ter tido oportunidade de, esclarecer pequenas dúvidas e de receberem mais ensinamentos e sugestões para melhorar a sua adaptação ao seu ambiente, mas também para mim, porque percebi que o plano de reabilitação implementado foi eficaz e que contribuiu para a vivência saudável deste processo de transição. Pelo sucesso adquirido, acredito que este é o caminho a percorrer no futuro! Embora se esboce uma dificuldade, associada ao facto de trabalhar num serviço de medicina onde os recursos são poucos.

**APÊNDICE VI – PLANOS DE CUIDADOS RELEVANTES
PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

PLANO DE CUIDADOS

D^a C. C.

Orientado por: Enfermeira Paula Figueiredo e Enfermeiro Rui Santos
(Especialistas em Enfermagem de Reabilitação)

Docente orientador: Professora Cristina Saraiva

Elaborado por: Tânia Milene Porfírio Simões de Carvalho (nº3949)

Novembro de 2012

IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE E CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

A D^a C. C. é uma senhora de 71 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus II

Foi internada no Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José, no dia 7/9/2012 com um quadro de disartria, disfagia, desequilíbrio e discreta hemiparesia esquerda, com diagnóstico provável de acidente vascular cerebral (AVC), sem confirmação por exames complementares de diagnóstico. Era previamente autónoma nas atividades de vida diária. A 10/9/2012, após paragem cardio-respiratória, que reverteu com suporte básico de vida, apresenta um quadro de agravamento da hemiparesia esquerda e do quadro de disfagia. Foi confirmado diagnóstico de AVC isquémico da artéria basilar e artéria cerebral média direita. Iniciou fisioterapia no decorrer do internamento, sendo capaz, à data de alta, que se concretizou a 1/10, de realizar treino de marcha com apoio bilateral. Teve alta para o domicílio a aguardar vaga na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, para unidade de convalescença, com necessidade de ajuda total de terceiros para a realização dos cuidados de higiene, para a preparação de alimentos e com necessidade de troca de fralda, por incontinência funcional.

A 24/10 a D^a C. foi internada no Hospital do Mar mantendo, segundo descrição em processo, ligeira disartria, disfagia e hemiparesia esquerda, com necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diária (AVD). Apresentava à entrada um score de 15 no Índice de *Katz* (*vide* escala em anexo), mais especificamente, com necessidade de ajuda para a utilização de talheres aquando da alimentação; com necessidade de ajuda total no decorrer do banho e para se deslocar à casa de banho; com necessidade de ajuda total para se vestir; apresentava necessidade de ajuda nas transferências, deslocando-se em cadeira de rodas, com necessidade da presença de outra pessoa para mobilizar a cadeira. Apresentava continência intestinal e incontinência vesical. Relativamente às atividades instrumentais de vida diária,

apresentava um score de 2 na Escala de *Lawton e Brody*, (*vide* escala em anexo) evidenciando um elevado grau de dependência principalmente nas tarefas que impliquem mobilizações e deslocações aos locais distantes de casa.

DIA 08/11/2012

Transições identificadas: Transição de saúde-doença.

Padrões das transições: A D^a C. refere que anterior ao início desta transição não tinha preocupações ou problemas relevantes, sendo esta transição a única identificada como relevante.

Propriedades das transições: A D^a C. entende as suas alterações de mobilidade, resultantes de AVC, como limitantes e incapacitantes. Está desperta para a possibilidade de não adquirir independência total em todas as atividades de vida diária, no entanto participa nas intervenções propostas com motivação.

Fatores facilitadores e inibidores das suas transições: A D^a C. refere receio de regressar a casa com necessidade de apoio físico dos filhos, não querendo interferir na vida diária dos mesmos.

Segundo a sua descrição, vive num prédio situado num bairro de difícil acesso, com ruas inclinadas e com paralelos na estrada o que dificulta fortemente a marcha. Tem necessidade de subir aproximadamente 10 degraus para aceder ao interior da casa, que refere ser “humilde com áreas pequenas” (*sic*), que não sabe especificar, não sendo capaz de antever problema na circulação de uma cadeira de rodas ou na circulação com andarilho. Refere ter uma casa de banho, com *poliban*, cujo acesso obriga à subida de um degrau. Não tem em casa qualquer material de apoio.

Tem 7 filhos com quem tem, segundo refere, uma relação próxima. Vive com um deles, técnico de informática, atualmente desempregado. Segundo refere os filhos assumem uma atitude proactiva na prestação de cuidados.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

- ESTADO DE ORIENTAÇÃO, COMPREENSÃO E LINGUAGEM

A D^a C. está orientada alo e autopsiquicamente. Cumpre indicações, compreendendo o que lhe é pedido. Apresenta lentificação no discurso, embora sem disartria. O discurso é compreensível e coerente.

- SENSIBILIDADE E COORDENAÇÃO DE MOVIMENTOS

Tem mantidas sensibilidade tátil, dolorosa, térmica e postural. Apresenta lentificação na acção, mantendo coordenação de movimentos.

- PARES CRANEANOS

A D^a C. poderá ter alteração do nervo glossofaríngeo (IX par craniano) e do nervo vago (X par), uma vez que, apesar de não apresentar alterações do tom de voz, nem alterações do sabor, apresenta disfagia.

Apresenta disfagia de nível 5 (avaliada segundo escala gravidade da disfagia, desenvolvida por O'Neil, *et al.* (1999) (*vide* escala em anexo), com aspiração apenas de líquidos, com reflexo de tosse eficaz.

- CONTROLO POSTURAL/EQUILIBRIO

A D^a C., quando sentada, tem mantido equilíbrio estático e dinâmico, com alinhamento corporal adequado. Em posição ortostática, apresenta dificuldade em manter equilíbrio estático, necessitando de apoio bilateral aquando da marcha.

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Sem alterações relevantes da morfologia torácica e do padrão respiratório, não apresentando cansaço relevante a esforços aquando da realização das atividades propostas.

AVALIAÇÃO MOTORA

- FORÇA E MOBILIDADE

A D^a C. apresenta força de grau 4/5 (avaliado na Escala de *Lower*) em todos os segmentos do hemicorpo esquerdo e grau 5/5 em todos os segmentos do hemicorpo direito. Realiza todos os movimentos correspondentes a todos os segmentos corporais, apresentando no entanto limitações articulares em alguns movimentos, nomeadamente ao nível de:

- Região cervical: apresentando amplitude aproximada de 25° na flexão e aproximadamente de 30° na extensão;
- Ombro esquerdo: apresentando amplitude aproximada de 135° na flexão e de 135° na abdução;
- Coxo-femural esquerda: apresentando amplitude aproximada de 90° na flexão e cerca de 10° na extensão;
- Coxo-femural direita: apresenta amplitude de cerca de 100° na flexão e de cerca de 20° na extensão.

Realiza, em terreno plano, marcha claudicante e arrastada, com dificuldade em realizar flexão e extensão da articulação coxo-femural e flexão dos joelhos (apenas quando em posição ortostática). Ao deitar-se, consegue inclinar a cabeça e o tronco, apoiando-se sobre o cotovelo, mas tem dificuldade em elevar os membros inferiores até à cama. Consegue rolar na cama, embora apenas com apoio de grades e consegue fazer exercício de ponte, elevando a bacia 7cm. Quando posicionada junto aos pés da cama não consegue elevar o corpo de forma a colocar a cabeça junto à cabeceira. Consegue alinhar o corpo, embora com muita dificuldade.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A D^a C. é dependente na realização das atividades de vida diária, apresentando um score de 15 no Índice de *Katz*.

Tem necessidade de ajuda para preparar os alimentos, nomeadamente em cortá-los. Toma banho em cadeira de banho, com ajuda, conseguindo apenas lavar a face, pescoço, tronco e membros superiores (embora lave a região axilar direita com maior dificuldade que a região axilar esquerda). Lava a região genital, embora com dificuldade, por necessidade de elevar o corpo da cadeira apenas com a força de um membro superior. Consegue lavar os dentes e pentear-se. Em casa, e também no internamento, tem a roupa disposta em cabides, pelo que não consegue aceder à mesma, delegando em terceiros a escolha da roupa diariamente. Necessita de ajuda para se vestir e despir, principalmente para vestir e despir camisolas, casacos e meias. Desloca-se em cadeira de rodas e necessita de ajuda de uma pessoa para as transferências da cama para a cadeira e no sentido inverso. Utiliza fralda, por incontinência funcional. Tem controlo do esfíncter anal.

A D^a C. apresenta um elevado grau de dependência para a realização das atividades instrumentais de vida diária, apresentando um score de 2 na Escala de *Lawton* e *Brody*. Não consegue fazer compras, por impossibilidade de se deslocar ao local de compra, embora consiga contar dinheiro, necessitando de ajuda apenas para contas complexas, que estejam para além de simples somas do dia-a-dia. Por hemiparesia esquerda não se sente capaz para passar a ferro, lavar roupa, limpar a casa, cozinhar, nem para aquecer a comida e servir-se.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Perante a avaliação efectuada, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Alteração da mobilidade física relacionado com (R/C) hemiparésia esquerda e diminuição de amplitude articular nos movimentos de flexão e extensão da região cervical, de flexão e abdução do ombro esquerdo e flexão e extensão da articulação coxo-femural manifestado por (M/P)

défice de equilíbrio estático em posição ortostática; marcha claudicante e arrastada; dificuldade em alinhar o corpo na cama; dificuldade em preparar alimentos; dificuldade em aceder ao vestuário disposto em cabides e em vestir-se e despir-se; incapacidade de lavar a totalidade da sua superfície corporal e incapacidade para cozinhar, limpar a casa, passar a ferro, lavar e estender roupa.

- Incontinência urinária funcional R/C AVC M/P dificuldade em controlar esfíncter vesical com necessidade urgente de urinar
- Perturbação da deglutição R/C AVC M/P disfagia aquando da ingestão de líquidos embora com reflexo de tosse eficaz

1. PLANO DE CUIDADOS

08/11/2012 - Diagnóstico de enfermagem: Alteração da mobilidade física <u>R/C</u> hemiparésia esquerda e diminuição de amplitude articular nos movimentos de flexão e extensão da região cervical, de flexão e abdução do ombro esquerdo e flexão e extensão da articulação coxo-femural <u>M/P</u> défice de equilíbrio estático em posição ortostática; marcha claudicante e arrastada; dificuldade em preparar alimentos; dificuldade em aceder ao vestuário disposto em cabides e em vestir-se e despir-se; incapacidade de lavar a totalidade da sua superfície corporal e incapacidade para cozinhar, limpar a casa, passar a ferro, lavar e estender roupa		
Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<u>08/11/2012</u> Que a D ^a C. apresente maior mobilidade física e adquira capacidade para se tornar autónoma na realização de AVD.	<u>08/11/2012</u> - Realização de mobilizações ativas assistidas a nível da região cervical (com movimentos de flexão e extensão), ombro esquerdo (com movimentos de flexão, adução e abdução) e articulação coxo-femural (com movimentos de flexão e extensão); - Realização de mobilizações ativas resistidas, ao nível dos membros superiores (com movimentos de extensão dos ombros; flexão dos cotovelos; pronação e supinação dos antebraços; flexão e extensão, desvio	<u>16/11/2012</u> Têm sido realizadas mobilizações ativas assistidas a nível da região cervical, ombro e articulação coxo-femural e ativas resistidas dos membros superiores, tronco e membros inferiores, para os quais a D ^a C. parece estar motivada, mas somente quando lhe é explicado e reforçado o objectivo destes exercícios. Evidência maior grau de envolvimento, quando os exercícios estão implícitos em atividades de vida diária, nomeadamente na atividade de vestir e despir, ou de se mobilizar na cama, uma vez que reconhece a aquisição de capacidade para realizar uma atividade importante para si. É capaz de se despir e vestir, já sendo capaz de vestir e despir meias. Apresenta ainda dificuldade em vestir e despir

	<p>cubital e radial dos punhos; flexão e extensão, abdução e adução dos dedos), tronco (com movimentos de flexão e extensão dorso-lombar e flexão lateral, para fortalecimento muscular e treino de equilíbrio) e dos membros inferiores (com movimentos de extensão, abdução e adução, rotação interna e externa da articulação coxo-femural; flexão dos joelhos; dorsiflexão e flexão plantar, inversão e eversão da articulação tibiotársica e flexão e extensão dos dedos);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar amplitude de movimentos articulares, principalmente dos movimentos onde existem atualmente limitações; - Realizar treino de movimentos finos, nomeadamente com o apertar e desapertar botões da roupa que utilizar, realização de nós simples e desenvolvimento progressivo da capacidade de cozer; - Promover a facilitação cruzada, abordando-a pelo lado mais afetado e reestruturando a 	<p>casacos. Veste a primeira manga do casaco (iniciando pelo lado mais afectado) mas depois tem dificuldade em realizar o movimento conjugado de flexão do ombro e flexão do cotovelo para agarrar o lado do casaco que está na região posterior do tronco. Apesar de o fazer com dificuldade e de forma muito lentificada, já consegue apertar e desapertar botões.</p> <p>Não consegue ainda lavar a totalidade da superfície corporal, mantendo necessidade de treino de movimento conjugado de abdução da articulação coxofemural e flexão do joelho. Cuida da toilette pessoal de forma autónoma, necessitando ainda que lhe preparemos o material necessário para a realização dessa atividade.</p> <p>Não foi reorganizado o quarto por impossibilidade de posteriormente aceder aos interruptores e ao dispositivo de chamada. No entanto manteve-se a abordagem pelo lado mais afectado e fica em plano a sensibilização da equipa para abordarem a D^a C. pelo lado mais afectado e para promoverem os posicionamentos diurnos com maior estímulo do lado esquerdo.</p> <p>Tem sido realizado treino de equilíbrio, mantendo</p>
--	---	--

	<p>organização do quarto (colocar a mesa de cabeceira no lado esquerdo) - FIM A 16/11/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar e supervisionar a realização de atividades como a carga no cotovelo, o rolar, a ponte, a rotação controlada da articulação coxo-femural; - Realizar treino de equilíbrio dinâmico sentada e estático em posição ortostática – FIM A 30/11/2012 - Realizar treino de marcha controlada; - Incentivar a realização de exercícios de push-up, de forma a reduzir a pressão sobre as proeminências ósseas assentes na cadeira de rodas, mas fundamentalmente de forma a adquirir capacidade para realizar transferências e realizar levante progressivamente com maior independência; - Treino de vestir e despir com ensino de técnicas facilitadoras da realização dessa atividade; 	<p>necessidade de continuação da realização desse treino.</p> <p>Já foi sugerida a aquisição e adaptação de materiais de apoio na casa de banho de sua casa (barras de apoio, tapete antiderrapante e aplicação de banco no <i>poliban</i>).</p> <p>Ainda não foram definidas estratégias para reorganização da sua roupa em casa e para reorganização da cozinha ou estratégias para aquisição de independência na realização de tarefas domésticas.</p> <p>Tem apresentado indicadores sugestivos de uma adaptação saudável, nomeadamente a motivação para adquirir capacidade para se tornar autónoma na realização de AVD. Tem mantido com os filhos uma relação de forte proximidade. Estes tem evidenciado um forte grau de motivação para promover a sua adaptação a casa. Interage com os elementos da equipa e procura medidas adaptativas. Apresenta no entanto, momentos com baixo nível de autoconfiança.</p> <p><u>30/11/2012</u></p> <p>Têm sido realizadas mobilizações ativas, assistidas e</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganizar a arrumação das suas roupas, para que, de forma autónoma, possa escolher e preparar a sua roupa diariamente - FIM A 30/11/2012 - Definir, com a D^a C., estratégias para reorganizar o seu roupeiro em casa, de forma a sentir-se autónoma na seleção da sua roupa diariamente; - Incentivar à autopreparação do seu material de higiene - FIM A 30/11/2012 - Definir estratégias com a D^a C. para colocar acessível todo o material necessário para a realização dos cuidados de higiene e de toilette pessoal - FIM A 30/11/2012 - Incentivar e auxiliar a realização de movimentos conjugados com abdução da articulação coxo-femural e flexão do joelho, para que sentada consiga lavar a superfície corporal abaixo do tronco; - Incentivar a aquisição de uma esponja com cabo para lavar a região dorsal; - Definir estratégias com a D^a C. e com os 	<p>resistidas, no entanto a D^a C. mantém grau de força 4/5 no hemicorpo esquerdo e limitações articulares, embora com amplitudes melhoradas ao nível do ombro esquerdo, sendo capaz de realizar flexão e extensão até aos 160º e ao nível da articulação coxo-femural sendo agora capaz de realizar movimento de flexão até aos 100º e o de extensão até aos 20º.</p> <p>Por esta evolução já é capaz de vestir e despir casacos/camisas realizando o movimento conjugado de flexão do ombro e flexão do cotovelo, movimento para o qual apresentava dificuldade. Mantém-se plano para treino desta atividade para aumento da eficácia da realização da mesma. A filha já esteve presente (com autorização da D^a C.) no decorrer da realização desta atividade, com o intuito de perceber o que a D^a C. já consegue fazer.</p> <p>Mantém dificuldade em lavar a totalidade da superfície corporal, principalmente a região dorsal. Já foi incentivada a adquirir uma esponja com cabo. A superfície abaixo do tronco já o faz com maior eficácia, no entanto mantém necessidade de ajuda por receio de queda.</p> <p>Adquiriu um bolsa, com alça, fácil de transportar no braço,</p>
--	--	---

	<p>filhos, para adaptação de materiais de apoio na casa de banho de sua casa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir estratégias com a D^a C. para realização de tarefas domésticas, como são exemplo a utilização de estendal baixo para estender a roupa, a utilização de tábua de passar a ferro com altura regulável de forma a poder utilizá-la quando estiver sentada; - Recolher informação sobre a organização da sua cozinha, com vista à definição de estratégias para se tornar independente na preparação de refeições. - Partilhar com a restante equipa, os progressos que a D^a C. tem experimentado, dando-lhes a conhecer o que já consegue fazer, de forma a que não seja substituída no decorrer das atividade de vida diária. - Incentivar os filhos a assistirem/participarem nos exercícios, para perceberem o que a D^a C. já consegue fazer, para tirarem duvidas e para poderem ser facilitadores do processo de recuperação/adaptação quando a D^a C. 	<p>para guardar todos os produtos necessários para o cuidado da sua higiene e toilette pessoal, não necessitando no momento, de ajuda para a preparação desse material.</p> <p>Realiza com maior eficácia exercícios terapêuticos, nomeadamente o exercício de ponte, conseguindo elevar a bacia aos 9 cm e consegue rolar na cama de forma autónoma já sem apoio de grades. Mobilizar o corpo na cama e posiciona-se conforme deseja.</p> <p>Têm sido realizados exercícios para treino de equilíbrio. Quando sentada tem mantido equilíbrio dinâmico. Em posição ortostática, mantém défice de equilíbrio dinâmico. Aquando da marcha mantém necessidade de apoio bilateral. Manifesta vontade em adquirir um andarilho.</p> <p>A equipa parece já sensibilizada face a à necessidade de abordarem a D^a C. pelo lado mais afectado e pela necessidade de a posicionarem de forma a que possa receber o maior estímulo do lado esquerdo. Quando está sentada, o cadeirão é mobilizado de forma a que o corredor esteja do seu lado esquerdo e quando se sentada no refeitório, é incentivada a sentar-se numa mesa onde a cozinha e o corredor estão à sua esquerda.</p>
--	---	--

	<p>regressar definitivamente.</p> <p><u>16/11/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manutenção das intervenções planeadas; - Manter facilitação cruzada; - Sensibilizar a equipa para abordarem a D^a C. pelo lado mais afectado e para promoverem os posicionamentos diurnos com maior estímulo do lado esquerdo – FIM A 30/11/2012. <p><u>30/11/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manutenção das intervenções planeadas; - Realizar treino de equilíbrio estático em posição ortostática; 	<p>O seu roupeiro foi reorganizado, e as suas roupas foram dispostas em prateleiras, pelo que está autónoma na escolha da sua roupa diariamente.</p> <p>Têm sido trabalhadas estratégias para adaptação da tábua de passar a ferro e do estendal, de forma a poder desempenhar essas atividades em casa de forma autónoma.</p> <p>Mantém indicadores saudáveis do processo de transição.</p> <p>Tem ida a casa programada para amanhã (01/12/2012)</p> <p><u>11/12/2012</u></p> <p>Estive ausente no período de 01/12/2012 a 10/12/2012, pelo que não foi possível realizar uma avaliação mais atempada da sua ida a casa. No entanto, a D^a C. descreve a experiência como tendo sido bastante positiva. Já tinha em casa as adaptações propostas, o que segundo refere, facilitou a realização das suas AVD.</p> <p>Os filhos já tinham colocado tapete antiderrapante e banco no <i>poliban</i>. Colocaram rampa para eliminar degrau de acessibilidade ao <i>poliban</i>. Cortaram os pés da cama para que esta seja baixa e acessível à D^a C. facilitando as</p>
--	---	--

		<p>transferências. Retiraram os tapetes da casa e retiraram móveis que diminuían o espaço de passagem. A D^a C. refere que não teve oportunidade de reformular a organização do seu roupeiro, mas tenciona fazê-lo quando regressar a casa definitivamente. Foi sugerida a aquisição de material de apoio que permitisse a acessibilidade à roupa disposta em cabides.</p> <p>Já adquiriram um estendal e tábua de passar a ferro com altura regulável. Na cozinha não pretendem fazer alterações no momento, uma vez que a D^a C. não pretende cozinhar. Refere não se sentir capaz de mobilizar tachos e panelas pesados, principalmente com alimentos em temperaturas elevadas, pelo que prefere não o fazer. No decorrer do fim de semana o filho, com quem vive, cozinhou sob a sua orientação. Permaneceu em casa na companhia dos filhos. Os filhos referem não terem sentido dificuldades ou receios, uma vez que já estavam despertos para as capacidades e limitações da D^a C.</p> <p>Desde a última avaliação têm sido realizadas mobilizações ativas, assistidas e resistidas, no entanto a D^a C. mantém grau de força 4/5 no hemicorpo esquerdo e limitações</p>
--	--	---

		<p>articulares, descritas na avaliação anterior.</p> <p>Veste-se e despe-se com eficácia, de forma totalmente autônoma. Escolhe a sua roupa e consegue preparar todo o material necessário para o cuidado da sua higiene e toilette pessoal.</p> <p>Ainda não adquiriu a esponja com cabo, pelo que mantém dificuldade em lavar a região dorsal. Lava com maior eficácia a superfície corporal abaixo do tronco. Refere manter necessidade de supervisão aquando dos cuidados de higiene por receio de queda.</p> <p>Tem sido feito treino de movimentos finos. É capaz de cozer pedaços de tecido. Apresenta apenas dificuldade na introdução da linha no orifício da agulha.</p> <p>Mantém eficácia na realização de exercícios terapêuticos, não sendo evidente melhoria relevante.</p> <p>Têm sido realizados exercícios para treino de equilíbrio mas mantém, aquando da marcha, necessidade de apoio bilateral. Vai adquirir um andarilho para se sentir mais segura. Refere que no fim de semana que foi a casa verificaram as medidas das portas e por ser possível a sua</p>
--	--	---

		<p>passagem nas mesmas, vão adquirir este material. Não apresenta, no momento, motivação relevante para manter o treino de equilíbrio com vista à aquisição de capacidade para realizar marcha sem apoio de andarilho. Refere sentir-se adaptada a esta situação e isso fá-la sentir-se segura. Refere inclusivamente “É mais fácil assim e é suficiente para fazer a minha vida” (<i>sic</i>).</p> <p>Para aceder a sua casa necessita de subir cerca de 10 degraus. Não apresentou até esta fase capacidade para se fazer o treino de subida e descida de escadas, pelo que foi sugerida a exposição, à administração do prédio, da necessidade de colocação de rampa na substituição dos degraus. Este fim de semana foi transportada por bombeiros.</p>
--	--	---

08/11/2012 - Diagnóstico de enfermagem: Incontinência urinária funcional <u>R/C</u> AVC <u>M/P</u> dificuldade em controlar esfíncter vesical com necessidade urgente de urinar		
Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<u>08/11/2012</u> Que a D ^a C. apresente controle de esfíncter vesical.	<u>08/11/2012</u> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar treino de hábitos, definindo horas limite para reforço hídrico, definindo um intervalo de 2 em 2h para se deslocar à casa de banho de forma a urinar mesmo se não apresentar vontade de o fazer; - Trabalhar com a restante equipa a importância de ser proporcionada, à D^a C. a ida à casa de banho nesse intervalo de tempo; - Realizar treino vesical, com definição de estratégias de distração ou estímulo para iniciar ou retardar a vontade de urinar; - Realizar ensino sobre exercícios de <i>Kegel</i> e incentivo à sua realização (10 vezes) duas vezes por dia; 	<u>16/11/2012</u> A D ^a C. tem-se deslocado à casa de banho de 2 em 2 h e durante o dia de hoje utilizou fralda apenas para proteção. Refere manter a realização de exercícios de <i>Kegel</i> , embora não com a regularidade indicada. <u>30/11/2012</u> A D ^a C. refere manter a realização de exercícios de <i>Kegel</i> diariamente, embora com frequência diária abaixo do recomendado (realiza-os 1xdia). Refere ter diminuído a ingestão de água após as 17h. Apresenta, neste momento, esporádicas perdas vesicais. Apresenta perdas apenas quando é exposta a um elevado tempo sem se deslocar à casa de banho. Apresenta em média uma perda noturna, por não ser capaz/não se sentir segura para se deslocar à casa de banho de forma autónoma.

	<p><u>30/11/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sugerir a utilização de penso de proteção em substituição da fralda; - Manutenção das intervenções planeadas. 	<p><u>11/12/2012</u></p> <p>A D^a C. tem controlo total do esfíncter vesical. Por receio de perdas ficou motivada para utilização dos pensos de proteção no período noturno. Evidencia adaptação à situação.</p>
--	---	--

08/11/2012 - Diagnóstico de enfermagem: Perturbação da deglutição R/C AVC M/P disfagia aquando da ingestão de líquidos embora com reflexo de tosse eficaz

Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<p><u>08/11/2012</u></p> <p>Que a D^a C. consiga deglutir líquidos sem disfagia</p>	<p><u>08/11/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Assegurar ambiente calmo e a adopção de postura correta, no decorrer do treino de deglutição; - Realizar ensino para não misturar alimentos de consistência diferente; - Realizar treino de deglutição (incentivar a realização de uma inspiração profunda e a retenção do ar nas vias aéreas; colocar posteriormente o alimento na cavidade oral; realizar flexão do pescoço; contrair os músculos do pescoço e deglutir, por último incentivar a tosse voluntária para limpeza das vias aéreas); - Incentivar a limpeza total da cavidade oral antes de introduzir na boca outra porção de comida. 	<p><u>16/11/2012</u></p> <p>Foi feita tentativa de treino de deglutição da sopa, mas a D^a C. pareceu pouco motivada, provavelmente por estar na presença de outras pessoas (internadas). Mantém-se plano para realização deste treino, mas fora do horário das refeições, em que o ambiente seja calmo e em que não hajam factores distratores.</p> <p><u>30/11/2012</u></p> <p>A D^a C. alimenta-se e ingere água/líquidos sem disfagia, com aplicação de técnicas ensinadas, com ligeiro atraso na deglutição (nível 6, na escala de gravidade da disfagia de O'Neil, 1999).</p>

		<p><u>11/12/2012</u></p> <p>A D^a C. alimenta-se sem dificuldades, ingerindo sem disfagia todas as consistências. Não apresenta atraso na deglutição, não precisando por isso de tempo extra para a refeição (nível 7, avaliado na escala de gravidade de disfagia). Evidencia adaptação a situação.</p>
--	--	--

12/12/2012

A D^a C. apresenta agora um score de 7 no Índice de *Katz*, evidenciando um baixo grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária. Segundo a Escala de *Lawton* e *Brody* evidencia uma (possível) melhoria significativa no grau de dependência associado à realização de atividades instrumentais de vida diária. Apresenta agora um (possível) score de 5, que só poderá ser confirmado aquando da realização de atividades desta natureza. O presente grau de dependência está relacionado com as atividades que possivelmente não conseguirá ainda realizar, pela dificuldade em realizar marcha em terrenos inclinados e irregulares, mesmo com a utilização de andarilho.

Existem indicadores que evidenciam a vivência de um processo de transição saudável. A D^a C. apresenta adaptação à nova situação, à sua nova identidade e já desenvolveu estratégias para viver o dia-a-dia, dependendo muito pouco de terceiros para a realização das suas AVD.

Regressa a casa neste dia.

Para avaliação da manutenção da vivência saudável desta transição, fica com visita domiciliária programada para depois de dia 02/01/2013, a seu pedido.

02/01/2013

Contactei telefonicamente a D^a C. que refere manter o nível de independência na realização das AVD, tal como descrito no momento prévio ao regresso a casa e que não tem encontrado dificuldades na realização dessas atividades ou na adaptação a casa. Recusou visita domiciliária.

ANEXOS DO PLANO DE CUIDADOS

Nome: _____		Quarto Nº _____	
Avaliador _____		Data _____	
Avaliação	Entrada	<input type="checkbox"/>	Outra
	Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avaliação do grau de autonomia (Índice de KATZ)					
Funções	Avaliação	Valor	Funções	Avaliação	Valor
1 - Tomar banho (com esponja, imersão ou chuveiro)	1 - Não recebe assistência (entra e sai da banheira ou duche sozinho)		4 - Deslocar-se	1 - Entra e sai da cama sem assistência (pode utilizar bengala ou cadeira de rodas)	
	2 - Recebe assistência na lavagem de parte do corpo (Pernas, costas, etc)			2 - Entra e sai da cama com assistência	
	3 - Recebe assistência na lavagem de mais de uma parte do corpo (senão não tomaria banho)			3 - Não sai da cama	
2 - Vestir-se (Tira roupas do armário e gavetas, incluindo roupas interiores, exteriores e acessórios: cinto, suspensórios)	1 - Tira a roupa e veste-se completamente sem assistência		5 - Continência	1 - Controla os esfíncteres de micção ou defecção completamente sozinho	
	2 - Tira a roupa e veste-se sem assistência excepto para calçar os sapatos			2 - Tem acidentes ocasionais	
	3 - Recebe assistência para tirar a roupa ou para se vestir, ou fica em parte ou completamente despido			3 - Recebe ajuda para manter o controlo urinário ou da defecção; usa-se um cateter ou tem incontinência	
3 - Higiene (ir ao quarto de banho ou urinar ou evacuar, limpar-se e arranjar o vestuário)	1 - Vai à casa de banho, limpa-se e arranja-se sem assistência (pode usar bengala, cadeira de rodas ou pode usar bacio e lavá-lo pela manhã)		6 - Alimentar-se	1 - Alimenta-se sozinho sem assistência	
	2 - Recebe assistência para ir à casa de banho ou limpar-se, arranjar as roupas depois de urinar ou evacuar ou usar o bacio ou arrastadeira			2 - Alimenta-se sozinho excepto no corte dos alimentos ou a pôr manteiga no pão	
	3 - Não vai à casa de banho			3 - Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado por tubos ou líquidos intravenosos, parcial ou totalmente	

Classificação	Independente	6 <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependente	7 a 10 <input type="checkbox"/>
	Dependente	11 a 17 <input type="checkbox"/>	Totalmente dependente	> 17 <input type="checkbox"/>

Katz S, Akpom CA.- A measure of sociobiological functions. Int J Health Serv 1976;6:493-507

Escala de Lawton e Brody

Nome: _____

Quarto: _____ Data: _____

Avaliador: _____

Avaliação

Admissão ☐ Alta ☐ Outra ☐

A. Capacidade para usar o telefone

1. Usa o telefone por sua iniciativa, marca os números, etc...	1
2. Marca alguns números mais conhecidos	1
3. Atende o telefone, mas não marca	1
4. Não usa o telefone de todo	0

B. Compras

1. Faz todas as compras independentemente	1
2. Só faz, independentemente, pequenas compras	0
3. Precisa de ser apoiado para fazer compras	0
4. Completamente incapaz para fazer pequenas compras	0

C. Cozinhar

1. Planeia, prepara e serve adequadamente as refeições de modo independente	1
2. Prepara as refeições adequadamente, se lhe foram dados os ingredientes	0
3. Aquece e serve as refeições já preparadas ou prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada	0
4. Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições	0

D. Lida da casa

1. Cuida da casa sozinho ou com assistência ocasional (ex. ajuda para trabalhos domésticos mais pesados)	1
2. Faz trabalhos leves, como lavar a loiça e fazer as camas	1
3. Faz tarefas diárias leves, mas não consegue manter um nível de limpeza aceitável	1
4. Precisa de ajuda em todas as tarefas domésticas	1
5. Não participa em qualquer actividade doméstica	0

E. Tratamento da roupa

1. Cuida completamente da lavagem da sua roupa	1
2. Lava pequenas peças (meias, cuecas, etc)	1
3. Toda a lavagem da roupa é feita por outros	0

F. Deslocações

1. Viaja independentemente em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro	1
2. Desloca-se de táxi, mas não usa transportes públicos	1
3. Viaja em transportes públicos quando acompanhado por outras pessoas	1
4. Viaja limitado a táxi ou automóvel particular com assistência de outros	0
6. Não viaja de todo	0

G. Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos

1. É responsável por tomar os seus medicamentos na dose e tempo correctos	1
2. Assume a responsabilidade, se a medicação estiver separada previamente	0
3. Não tem capacidade para tomar conta dos medicamentos	0

H. Capacidade para tratar das finanças

1. Lida com assuntos financeiros independentemente (orçamentos, cheques, faz pagamentos, vai ao banco)	1
2. Maneja o dinheiro no dia a dia, mas precisa de ajuda para lidar com somas mais avultadas	1
3. Incapaz de lidar com dinheiro	0

Total: _____

Aplicado por profissional de saúde de acordo com informações do doente e/ou cuidador (nos doentes internados para convalescença o preenchimento na admissão diz respeito ao estado 15 dias antes do evento agudo)

Seleccionar o item que mais se aproxima da capacidade funcional do doente em cada capítulo A a H

Pontuação: máximo 8, mínimo 0; pontuação mais baixa indica maior grau de dependência

Fonte: Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9(3): 179-186.

Versão portuguesa: Araújo F, Pais Ribeiro JL, Oliveira A, Pinto C, Martins T. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto: Universidade do Porto; 2008

PC02.25IP/ver03 - Dez2010

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PLANO DE CUIDADOS

D^a Co. S.

Orientado por: Enfermeira Paula Figueiredo e Enfermeiro Rui Santos
(Especialistas em Enfermagem de Reabilitação)

Docente orientador: Professora Cristina Saraiva

Elaborado por: Tânia Milene Porfírio Simões de Carvalho (nº3949)

Dezembro de 2012

IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE E CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

A D^a Co S. é uma senhora de 63 anos de idade, cozinheira reformada. Viúva há 6 anos e tem 3 filhos (dois filhos e uma filha). Vive com um deles que é solteiro.

Tem como antecedentes pessoais, obesidade, cardiopatia isquémica e hipertensiva, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, Fibrilhação Auricular, Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico em 2003, do qual resultou ligeira disartria, sem outros défices, sendo independente na realização das atividades de vida diária (AVD) até 7/10.

Nessa data foi levada ao serviço de urgência do Hospital de São José por quadro de disartria, desequilíbrio na marcha, vertigens, náuseas e diminuição da força no hemicorpo esquerdo. Realizou TAC Crânio-encefálica que documentou lesão hemorrágica aguda cerebelosa no hemisfério direito, circundada por edema peri-lesional determinando efeito de massa. Ficou internada na enfermaria de medicina desse hospital desde dia 8/10. A 13/11 é transferida desse local para o Hospital do Mar.

Segundo informação descrita no processo, à entrada a D^a Co estava orientada alo e autopsiquicamente. Apresentava ligeira disartria e lentificação no discurso, parésia facial central, desequilíbrio na marcha e diminuição da força do hemicorpo esquerdo.

Apresentava um score de 15 no Índice de *Katz*, indicando um elevado nível de dependência na realização de atividades básicas de vida diária (ABVD), nomeadamente no banho, na atividade de vestir e despir e nos cuidados à toilette pessoal. Não havendo descrição precisa do que conseguia ou não fazer. Evidenciava menor grau de dependência na alimentação, conseguindo mobilizar talheres embora necessitasse de ajuda para cortar alimentos. Necessitava de ajuda de terceiros nas transferências. Deslocava-se em cadeira de rodas. À entrada apresentava incontinência do esfíncter vesical e controlo total do esfíncter intestinal.

Apresenta um score de 2 na Escala de *Lawton e Brody*, evidenciando um elevado grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), nomeadamente a realizar compras, a cozinhar, a realizar a lida da casa, no tratamento da roupa e nas deslocações. Assume a responsabilidade da toma da medicação se esta estiver separada previamente e gere o dinheiro do dia-a-dia embora precise de ajuda para lidar com somas mais avultadas.

DIA 19/11/2012

Transições identificadas: Transição de saúde-doença.

Padrões das transições: A D^a Co refere que anterior ao início desta transição não tinha preocupações ou problemas relevantes, sendo esta transição a única identificada como relevante.

Propriedades das transições: A D^a Co. evidencia um elevado grau de envolvimento e pró-atividade na realização das atividades propostas para aumento do seu grau de autonomia. Tem percepção da doença e das suas limitações, embora por vezes se exponha a situações cuja resolução deveria envolver a ajuda de terceiros. Refere fazê-lo com o intuito de recuperar rapidamente a sua total independência na realização de atividades de vida diária.

Fatores facilitadores e inibidores das suas transições: A D^a Co. apresenta um elevado grau de motivação para recuperar a sua total independência.

Tem apoio dos 3 filhos, com quem refere ter uma relação de forte proximidade.

Segundo a sua descrição, vive no rés-do-chão de um prédio, cujo acesso a casa implica a subida de 8 degraus, sem corrimão. Refere ter uma casa pequena, "(...) com muitos móveis e tapetes" (*sic*). Refere ter uma casa de

banho, com *poliban*, cujo acesso obriga à subida de um degrau. Não tem em casa qualquer material de apoio.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

- ESTADO DE ORIENTAÇÃO, COMPREENSÃO E LINGUAGEM

A D^a Co. está orientada alo e autopsiquicamente. Cumpre indicações, compreendendo o que lhe é pedido. Apresenta lentificação no discurso, apresentando ligeira disartria embora com discurso coerente e compreensível quando comunica calmamente.

- SENSIBILIDADE E COORDENAÇÃO DE MOVIMENTOS

Tem mantidas sensibilidade tátil, dolorosa, térmica e postural. Apresenta lentificação na ação, mantendo coordenação de movimentos.

- PARES CRANEANOS

A D^a Co. tem alteração do nervo facial (VII par), apresentando ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à esquerda e ligeiro desvio da comissura labial para a direita.

- CONTROLO POSTURAL/EQUILÍBRIO

A D^a Co., quando sentada, tem mantido equilíbrio estático e dinâmico, com alinhamento corporal adequado. Em posição ortostática, apresenta dificuldade em manter equilíbrio estático, necessitando de apoio bilateral aquando da marcha.

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Não apresenta alterações da morfologia torácica, embora apresente um índice de massa corporal elevado (34), indicando obesidade. Apresenta um padrão respiratório predominantemente misto, com amplitude ligeiramente diminuída.

Apresenta polipneia (média de 34 ciclos por minuto) e dispneia muito muito leve, segundo refere, com score de 0,5 na Escala de *Borg* modificada, depois de caminhar cerca de 10 metros em terreno plano, com necessidade de contornar obstáculos e depois de despir um fato de treino e vestir uma camisa de dormir. Não apresenta alterações identificáveis à percussão e à auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular mantido em ambos os campos pulmonares.

AVALIAÇÃO CARDÍACA

Apresenta TA controlada (130/65 mmHg) em repouso e sob medicação com anti-hipertensores (enalapril 20 mg 1cp ao pequeno-almoço; carvedilol 6,25 mg ½ cp ao pequeno-almoço e amlodipina 10 mg 1cp ao almoço). Apresenta frequência cardíaca de 79 bpm em repouso e 110bpm após caminhar cerca de 10 metros (com apoio bilateral) e após realizar atividades como lavar os dentes, realizar higiene perineal e vestir/despir. Apresenta pulso cheio, rítmico e simétrico. Sem edemas periféricos.

AVALIAÇÃO MOTORA

- FORÇA E MOBILIDADE

A D^a Co. apresenta força de grau 4/5 (avaliado na Escala de *Lower*) em todos os segmentos do hemicorpo esquerdo e grau 5/5 em todos os segmentos do hemicorpo direito.

Realiza todos os movimentos correspondentes a todos os segmentos corporais, apresentando no entanto, limitações articulares em alguns movimentos, nomeadamente ao nível de:

- Ombro esquerdo: apresentando amplitude aproximada de 135° na flexão e aproximadamente de 135° na abdução;
- Tronco: apresentando amplitude aproximada de 40° na flexão dorso-lombar;
- Coxo-femural esquerda e direita: apresentando amplitude aproximada de 100° na flexão, cerca de 10° na extensão e cerca de 25° na abdução;
- Joelhos: apresentando amplitude aproximada de 100° na flexão.

Realiza com muita dificuldade o movimento conjugado de flexão dorso-lombar do tronco, flexão, abdução e rotação interna da articulação coxo-femural e flexão dos joelhos, dificultando o calçar/descalçar de meias quando em posição de deitada. E quando sentada mantém dificuldade em calçar/descalçar meias e sapatos por dificuldade na realização do movimento de flexão dorso-lombar do tronco.

Realiza, em terreno plano, marcha arrastada, sem capacidade para subir e descer escadas. Ao deitar-se, consegue inclinar a cabeça e o tronco, apoiando-se sobre o cotovelo, mas tem dificuldade em elevar os membros inferiores até à cama. Consegue realizar exercícios terapêuticos no leito como, rolar (com apoio de grades) e exercício de ponte, elevando a bacia cerca de 4 cm. Necessita de ajuda de terceiros para alinhar o corpo no leito.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A D^a Co. é dependente na realização das atividade de vida diária, apresentando um score de 15 no Índice de *Katz*. Mantém necessidade de ajuda total no banho. Toma banho em cadeira de banho, sendo capaz de lavar apenas 50% da superfície corporal (face, membros superiores e tronco).

Não lava a região genital, por receio de queda, devido à necessidade de se levantar da cadeira de banho para o fazer. Consegue lavar os dentes e pentear-se.

É incapaz de utilizar a casa de banho sem ajuda de terceiros. Desloca-se preferencialmente em cadeira de rodas, embora consiga realizar marcha com apoio bilateral. Evidencia um menor grau de dependência, na alimentação (conseguindo mobilizar talheres, embora com ajuda para cortar a comida), nas transferências e na atividade de despir e vestir, conseguindo despir casaco, camisola, soutien, calças e cuecas em 8 minutos (após ensino de técnicas para o fazer). Apresenta dificuldade na realização de movimentos finos, nomeadamente no apertar/desapertar botões e colchetes do soutien. Veste a camisa de dormir em 3 minutos, com necessidade de ajuda para ajustar o vestuário na região dorsal. Consegue descalçar os sapatos, mas não consegue concretizar a ação de os calçar. Não consegue calçar e descalçar meias.

Apresenta déficit de controlo do esfíncter vesical, apresentando incontinência de esforço e urgência, com necessidade de utilização de fralda em período diurno e noturno. Refere ter uma grande micção, em média, de 3 em 3 horas, embora não tenha certeza desse intervalo de tempo. No decorrer do período noturno refere ter em média duas a três micções. Tem controlo do esfíncter intestinal, apresentando um padrão regular (apresenta uma defecção em média de 3 em 3 dias).

A D^a Co. apresenta um elevado grau de dependência para a realização das AIVD, apresentando um score de 2 na Escala de *Lawton e Brody*, tal como avaliado na admissão. Não consegue fazer compras, por impossibilidade de se deslocar ao local de compra, embora consiga contar dinheiro, necessitando de ajuda apenas para contas complexas, que estejam para além de simples somas do dia-a-dia. Por déficit de equilíbrio não se sente capaz de realizar atividades como passar a ferro, lavar roupa, limpar a casa, cozinhar, nem para aquecer a comida e servir-se.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Perante a avaliação efectuada, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Alteração da mobilidade física relacionado com (R/C) déficit de equilíbrio estático em posição ortostática, hemiparésia esquerda e diminuição de amplitude articular nos movimentos de flexão e abdução do ombro esquerdo; flexão dorso-lombar do tronco; flexão, extensão e abdução da articulação coxo-femural e flexão dos joelhos manifestado por (M/P) marcha arrastada; dificuldade em alinhar o corpo na cama, dificuldade em realizar atividade de vestir/despir, incapacidade de lavar a totalidade da sua superfície corporal e incapacidade para cozinhar, limpar a casa, passar a ferro, lavar e estender roupa.
- Tolerância à atividade alterada R/C baixa tolerância ao esforço M/P polipneia e dispneia muito muito ligeira (com score de 0,5 na Escala de *Borg* modificada), depois de caminhar cerca de 10 metros em terreno

plano, com necessidade de contornar obstáculos e depois de despir um fato de treino e vestir uma camisa de dormir.

- Alteração da comunicação verbal R/C parésia facial M/P disartria ligeira
- Incontinência urinária de esforço e urgência R/C AVC M/P déficit de controlo do esfíncter vesical com necessidade de uso de fralda em período diurno e noturno.

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de enfermagem: Alteração da mobilidade física R/C défice de equilíbrio estático em posição ortostática, hemiparésia esquerda e diminuição de amplitude articular nos movimentos de flexão e abdução do ombro esquerdo; flexão dorso-lombar do tronco; flexão, extensão e abdução da articulação coxo-femural e flexão dos joelhos M/P marcha arrastada; dificuldade em alinhar o corpo na cama, dificuldade em realizar atividade de vestir/despir, incapacidade de lavar a totalidade da sua superfície corporal e incapacidade para cozinhar, limpar a casa, passar a ferro, lavar e estender roupa

Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<p><u>19/11/2012</u></p> <p>Que a D^a Co. apresente maior mobilidade física e adquira capacidade para se tornar autónoma na realização de AVD.</p>	<p><u>19/11/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de mobilizações ativas resistidas do membro superior e inferior esquerdo; - Realização de mobilizações ativas assistidas a nível do ombro esquerdo (com movimentos de flexão, adução e abdução) e articulação coxo-femural (com movimentos de flexão e extensão, adução e abdução e rotação interna e externa); - Realização de exercícios de 	<p><u>30/11/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Têm sido realizadas mobilizações ativas resistidas do membro superior e inferior esquerdo, no entanto mantém um nível de força de 4/5, avaliado na Escala de <i>Lower</i>. - Têm sido realizadas mobilizações ativas assistidas do ombro esquerdo e da articulação coxo-femural e têm sido realizados exercícios de fortalecimento dos músculos do tronco e da região abdominal. Hoje a D^a Co. consegue em posição sentada calçar os sapatos, sem ajuda de calçadeira. Na posição de sentada e na posição de deitada ainda não consegue calçar e descalçar as meias, embora já consiga mobilizá-las até à região maleolar. - Tem sido feito treino da atividade de despir/vestir e consegue

	<p>fortalecimento dos músculos do tronco (com aplicação de resistência no movimento de flexão dorso-lombar e flexão lateral, e utilização de garrafas de água, em substituição de halteres, uma vez que o serviço não dispõe desse material) e região abdominal, para que, quando deitada, consiga, no movimento conjugado de flexão dorso-lombar do tronco, flexão, abdução e rotação interna da articulação coxo-femural e flexão dos joelhos, calçar e descalçar meias, e para quando estiver em posição sentada consiga fazer flexão dorso-lombar do tronco com flexão da articulação coxo-femural e joelho;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sugerir a utilização de calçadeira com cabo grande; - Avaliar amplitude de movimentos articulares, principalmente dos movimentos onde existem atualmente limitações; 	<p>agora despir um casaco, uma camisola, o soutien, as calças e as cuecas em 3 minutos. Consegue apertar e desapertar botões e colchetes com maior eficácia. Consegue vestir a camisa de dormir em 1 minuto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tem realizados exercícios terapêuticos, como rolar na cama, mantendo necessidade de ajuda das grades e exercício de ponte mantendo a elevação da bacia a 4 cm. Consegue, agora de forma autónoma alinhar o corpo na cama e posicionar-se nos vários decúbitos. - Têm sido realizados exercícios de treino de equilíbrio dinâmico, com aplicação de força que a senhora contraria com maior eficácia, e treino de equilíbrio estático, com recurso à barra da cama. Apresenta agora equilíbrio estático em posição ortostática, mantendo algum défice no equilíbrio dinâmico. É capaz de realizar marcha apenas com supervisão, com necessidade de apoio unilateral, embora por curtos espaços (cerca de 10 metros) e em que não haja necessidade de contornar obstáculos. - Ainda não foram trabalhadas com a D^a Co. estratégias para desenvolvimento de AIVD. - Já foram trabalhadas com a D^a Co. algumas estratégias para adaptação da sua casa-de-banho, nomeadamente aplicação de
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar treino de movimentos finos, nomeadamente com o apertar e desapertar botões e colchetes da roupa que utilizar, realização de nós simples e desenvolvimento progressivo da capacidade de cozer; - Promover a facilitação cruzada, abordando-a pelo lado mais afetado; - Incentivar e supervisionar a realização de atividades como a carga no cotovelo, o rolar, a ponte, avaliando os progressos que faz; - Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática; - Realizar treino de marcha controlada – FIM A 30/11/2012; - Treino de vestir e despir com ensino de técnicas facilitadoras da realização dessa atividade; - Definir estratégias com a D^a Co. para colocar acessível todo o material necessário para a realização dos 	<p>barras de apoio, tapete antiderrapante e aplicação de banco no <i>poliban</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não tem ainda capacidade para se iniciar o treino de subida e descida de escadas. <p><u>14/12/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manteve-se a realização de mobilizações ativas resistidas ao nível do membro superior e inferior esquerdo e mobilizações ativas assistidas do ombro esquerdo e articulação coxofemural. Mantém no entanto força de grau 4/5 no hemicorpo esquerdo e limitação articular ao nível do ombro esquerdo, embora consiga agora uma amplitude de cerca de 150° no movimento de flexão e 150° no movimento de abdução (conseguiu na ultima avaliação cerca de 135° no movimento de flexão e 135° no movimento de abdução). - Não apresenta alterações na atividade de despir/vestir. - Têm sido realizados exercícios terapêuticos. A D^a Co. mantém necessidade de apoio de grades para rolar na cama. Consegue elevar a bacia a cerca de 6 cm no exercício de ponte. - Tem mantido equilíbrio dinâmico em posição sentada e equilíbrio estático em posição ortostática. Consegue realizar marcha sem
--	---	--

	<p>cuidados de higiene e de toilette pessoal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir estratégias com a D^a Co. para adaptação de materiais de apoio na casa de banho de sua casa; - Definir estratégias com a D^a Co. para realização de tarefas domésticas, como são exemplo a utilização de estendal baixo para estender a roupa, a utilização de tábua de passar a ferro com altura regulável de forma a poder utilizá-la quando estiver sentada; - Recolher informação sobre a organização da sua cozinha, com vista à definição de estratégias para se tornar independente na preparação de refeições. - Partilhar com a restante equipa, os progressos que a D^a Co. tem experimentado, dando-lhes a conhecer o que já consegue fazer, de forma a que não seja substituída no decorrer das atividade de vida diária. 	<p>apoio embora sem capacidade para contornar obstáculos. Tem necessidade constante de indicação verbal para correção postural.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os filhos, principalmente com o filho M., que é quem vive com a sr^a, têm sido fortes fatores facilitadores desta transição. Têm participado na realização dos exercícios, o que lhes tem permitido perceber quais as capacidades da D^a Co para realizar as atividades, o que, segundo referem lhes tem diminuído o nível de ansiedade relativamente ao regresso a casa. Têm esclarecido dúvidas e têm participado ativamente na adaptação da casa com as estratégias que temos trabalhado no decorrer do internamento. Já retiraram tapetes, aumentaram o espaço livre de circulação, colocaram um tapete antiderrapante e adequaram um banco no <i>poliban</i>. - No próximo fim-de-semana a D^a Co. tem programada ida a casa. Estão ansiosos mas referem sentir-se seguros e sem dúvidas. - A D^a Co. tem apresentado indicadores no decorrer deste processo que têm permitido verificar a vivência saudável desta fase de transição. Tem estabelecido relações com as outras pessoas internadas, motivando-as para a recuperação. Tem apresentado forte motivação para recuperar e para encontrar
--	--	---

	<p><u>30/11/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de treino de marcha com supervisão; - Manutenção das restantes intervenções planeadas. <p><u>14/12/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de treino de subida e descida de escadas. - Manutenção das restantes intervenções planeadas. 	<p>estratégias para se adaptar à situação atual.</p> <p><u>17/12/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A D^a Co. estava com fácies alegre e bem disposta. Refere ter sido muito positiva a ida a casa, referindo que foi importante para perceber o que já conseguia fazer em sua casa. Refere que o filho não permitiu que tomasse banho sozinha por receio de queda, apesar de ter o tapete antiderrapante e o banco. O Sr. M. refere que o banco acabou por não ser boa alternativa uma vez que tinha pouco espaço para a D^a Co. se mobilizar. Foi então reforçada a importância de adaptação de barras de apoio. O filho vai verificar os preços para aquisição das mesmas. O Sr. M. referiu também receio que a D^a Co. caísse quando, às escuras, durante a noite, se deslocava à casa de banho. A D^a Co. referiu que efetivamente se sentiu pouco segura, até porque mesmo no hospital nunca o fez. No internamento quando tem necessidade de satisfazer necessidades de eliminação ou aciona dispositivo de chamada ou urina na fralda. Foram incentivados a colocar foco de luz com interruptor acessível na sua mesa de cabeceira. - Ainda não se sente capaz de preparar refeições e o filho refere que não quer ainda que ela as faça. Tem sido trabalhada a atividade de passar a ferro e dobrar roupa, que já faz com
--	---	---

		<p>alguma destreza.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refere necessidade de reorganizar o seu quarto em casa por depender do filho para preparar a roupa diariamente. Foram trabalhadas estratégias: sugerida a disposição da roupa em prateleiras e/ou utilização de dispositivos para diminuir a altura dos cabides. <p><u>04/01/2013</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A D^a Co regressou a casa provisoriamente no Natal e na passagem de ano, e refere que não teve dúvidas, receios ou problemas. Já fizeram as adaptações que foram previamente trabalhadas. Já foi capaz de cuidar da higiene diária sozinha e já utilizou a casa de banho no período noturno sem apoio do filho, com auxílio de luz de presença. Não teve ainda disponibilidade para reorganizar a sua roupa. - Nos períodos que esteve em casa refere ter realizado exercícios de treino de equilíbrio em posição ortostática e treino de fortalecimento muscular, sob supervisão do filho M. - Apresenta agora força 5/5 no hemicorpo esquerdo. Mantém amplitudes de 150° nos movimentos de flexão e abdução do ombro esquerdo. Mantém dificuldade em vestir e despir meias, sendo independente na atividade de vestir e despir qualquer
--	--	---

		<p>outra peça de roupa, fazendo-o com bastante agilidade. Despe camisola, soutien (incluindo a abertura e aperto dos colchetes), calças e cuecas em menos de 2 minutos e veste a camisa de dormir em menos de 30 segundos, sendo capaz de mobilizar a camisa na região dorsal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tem realizados exercícios terapêuticos e agora é capaz de se posicionar na cama de forma totalmente independente. Realiza o exercício de rolar na cama já sem apoio de grades e consegue elevar a bacia cerca de 8 cm aquando da realização do exercício de ponte. - Aquando da marcha consegue percorrer cerca de 20 metros (avaliados), sem qualquer tipo de apoio, contornando obstáculos, apenas com indicação verbal para correção postural. - Tem sido feito treino para subida e descida de escadas e já é capaz de subir e descer cerca de 20 degraus apenas com apoio de corrimão. - A D^a Co. continua a apresentar indicadores que permitem aferir a continuação de uma vivência saudável de transição. Mantém o encontro de estratégias para se adaptar e recuperar.
--	--	--

Diagnóstico de enfermagem: Tolerância à atividade alterada <u>R/C</u> baixa tolerância ao esforço <u>M/P</u> polipneia e dispneia muito muito ligeira (com score de 0,5 na Escala de <i>Borg</i> modificada), depois de caminhar cerca de 10 metros em terreno plano, com necessidade de contornar obstáculos e depois de despir um fato de treino e vestir uma camisa de dormir.		
Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<u>19/11/2012</u> Que a D ^a Co. aumente a sua tolerância ao esforço.	<u>19/11/2012</u> - Avaliação diária da tolerância ao esforço; - Realização de exercícios para fortalecimento muscular dos membros superiores, para promover o aumento da tolerância às atividades de vida diária (seria benéfica a utilização de faixas elásticas ou halteres, mas o serviço não dispõe desse material, pelo que será incentivada a realizar, quando sozinha exercícios contra a gravidade e com resistência de garrafas de água, em substituição de halteres, inicialmente de ½ litro com aumento progressivo, em duas séries de 10, uma vez por dia, embora	<u>30/11/2012</u> Têm sido realizados, exercícios para fortalecimento muscular dos membros superiores, tronco e membros inferiores e RFR, com reeducação diafragmática e costal global. Apresenta polipneia (28 ciclos por minuto), aquando da realização das atividades descritas anteriormente, embora tenha acrescentado a ida à casa de banho, com lavagem da região perineal. Apesar de manter polipneia refere não ter dispneia (score 0 na Escala de <i>Borg</i> modificada). Realiza dissociação dos tempos respiratórios no decorrer das atividades, quando incentivada para isso. <u>14/12/2012</u> Manteve-se a realização dos exercícios para fortalecimento muscular dos membros superiores, tronco e membros inferiores e

	<p>mediante a sua tolerância);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de exercícios para fortalecimento dos músculos do tronco, tal como descrito anteriormente, utilizando, para alcançar este objectivo, preferencialmente as garrafas de água, incentivando a abertura costal (fazendo duas séries de 10, uma vez por dia, embora mediante a sua tolerância); - Realização de exercícios para fortalecimento muscular dos membros inferiores, também para promover o aumento da tolerância às atividades de vida diária (nesta situação, também pela falta de faixas elásticas no serviço, serão sugeridos exercícios contra gravidade, em duas séries de 10, uma vez por dia, embora mediante a sua tolerância); - Realização de reeducação funcional respiratória (RFR) (com reeducação diafragmática e costal global (com utilização de lençol enrolado, em 	<p>RFR, com reeducação diafragmática e costal global.</p> <p>Mantém polipneia (27 ciclos por minuto avaliados hoje), embora com maior tolerância ao esforço. Apresenta polipneia após despir casaco, camisola, soutien, cuecas, vestir pijama, deslocar-se à casa de banho, realizar higiene perineal e higiene oral e regressar ao quarto (num percurso de 5 metros com contorno de obstáculos), sem comunicar verbalmente nesse período. Não tem dispneia (score 0 na Escala de <i>Borg</i> modificada). Realiza dissociação dos tempos respiratórios no decorrer das atividades, quando incentivada para isso.</p> <p><u>04/01/2012</u></p> <p>A D^a Co. realiza todas as atividades propostas, sem dispneia. Apresenta, na avaliação de hoje, 18 ciclos respiratórios por minuto, após realização das atividades descritas na avaliação anterior, mantendo comunicação verbal aquando da realização das mesmas.</p>
--	---	---

	<p>substituição de bastão, que o serviço não dispõe), ambas em posição sentada e ortostática, abertura costal selectiva com utilização de garrafas de água de ½ litro, em substituição de halteres) com dissociação dos tempos respiratórios. A RFR nesta senhora tem como objetivo melhorar a ventilação pulmonar, promover uma maior amplitude respiratória, aumentar a mobilidade torácica e aumentar a força muscular respiratória.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seria adequada a utilização de espirómetros de incentivo, mas o serviço não dispõe deste material. <p><u>30/11/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manutenção das intervenções planeadas embora com aumento da frequência de realização dos exercícios de fortalecimento muscular (duas séries de 10, duas vezes por dia, embora mediante a sua tolerância). 	
--	---	--

Diagnóstico de enfermagem: Alteração da comunicação verbal <u>R/C</u> parésia facial <u>M/P</u> disartria ligeira		
Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<u>19/11/2012</u> Que a D ^a Co. consiga comunicar sem disartria	<u>19/11/2012</u> - Incentivo à comunicação calma e pausada, com controlo respiratório; - Realização de exercícios de treino dos músculos da mimica facial, com maior ênfase nos músculos da mimica facial do andar inferior, nomeadamente com exercício de sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca com ar e depressão do lábio inferior. <u>30/11/2012</u> - Manutenção das intervenções planeadas.	<u>30/11/2012</u> A D ^a Co. tem realizado os exercícios planeados. Atualmente a senhora apresenta lentificação no discurso, mas sem disartria, quando comunica calmamente. <u>04/01/2012</u> Têm sido realizados os exercícios descritos. A D ^a Co. comunica agora com maior rapidez e com discurso perceptível, sem disartria.

Diagnóstico de enfermagem: Incontinência urinária de esforço e urgência R/C AVC M/P déficit de controlo do esfíncter vesical com necessidade de uso de fralda em período diurno e noturno.

Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<p><u>19/11/2012</u></p> <p>Que a D^a Co. apresente controlo de esfíncter vesical.</p>	<p><u>19/11/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar treino de hábitos, definindo horas limite para reforço hídrico, definindo um intervalo de 2/2h ou 2h30/2h30 para se deslocar à casa de banho de forma a urinar mesmo se não apresentar vontade de o fazer; - Trabalhar com a restante equipa a importância de ser proporcionada, à D^a Co. a ida à casa de banho nesse intervalo de tempo – FIM A 30/11/2012; - Realizar treino vesical, com definição de estratégias de distração ou estímulo para iniciar ou retardar a vontade de urinar; - Realizar ensino sobre exercícios de <i>Kegel</i> e 	<p><u>30/11/2012</u></p> <p>A D^a Co. tem-se deslocado à casa-de-banho dentro dos intervalos de tempo planeados por nós, referindo dificuldade de o fazer no período da manhã, horário em que está ocupada com outras atividades e se esquece. No entanto refere manter a ingestão hídrica preferencialmente até às 17h e refere manter a realização dos exercícios de <i>Kegel</i>.</p> <p>A D^a Co. refere que a equipa tem sido sensível ao fato da senhora ter necessidade de se deslocar à casa de banho de 2/2h.</p> <p>Desde há 4 dias que não apresenta perdas no período diurno, utilizando fralda apenas para proteção e refere apresentar apenas uma micção no período noturno, havendo uma melhoria significativa, uma vez que prévio à</p>

	<p>incentivo à sua realização (10 vezes) duas vezes por dia.</p> <p><u>30/11/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manutenção das intervenções planeadas. - Incentivo à utilização de penso de proteção em substituição da fralda, principalmente no período diurno. - Partilha, com a restante equipa, da informação relativa aos progressos que a D^a Co. tem feito. 	<p>implementação das intervenções descritas a D^a Co. apresentava em média duas a três micções noturnas.</p> <p><u>14/12/2012</u></p> <p>A D^a Co. refere manter a realização dos exercícios de <i>Keegel</i> propostos e tem feito o treino de hábitos. Mantém-se sem perdas vesicais, embora mantenha a utilização de fralda por sua vontade. Foi já incentivada a utilizar pensos de proteção, principalmente no período diurno. Refere manter, desde a última avaliação, apenas uma micção no período noturno.</p> <p><u>04/01/2013</u></p> <p>Mantém, segundo refere, realização dos exercícios propostos. Tem usado desde há dois dias cueca impermeável, uma vez que o hospital só dispõe deste material e não dispõe de pensos de proteção. O filho M. pretende adquirir os pensos. Mantém uma micção noturna.</p>
--	---	--

08/01/2013

A D^a Co. apresenta agora um score de 6 no Índice de *Katz*, evidenciando um grau de independência na realização de ABVD.

Existem indicadores que evidenciam a vivência de um processo de transição saudável, nomeadamente o estabelecimento de relações com outras pessoas no decorrer do internamento, o elevado grau de motivação para recuperar e para se adaptar à sua situação com o objectivo de encontrar estratégias para se tornar o mais autónoma possível. Para além disso, evidência já indicadores de resultado como é exemplo, algum domínio na realização de determinadas atividades como são exemplo o vestir/despir, a utilização da casa de banho, a alimentação. Este domínio poderá alterar-se quando regressar a casa definitivamente, dia 09/01/2013. Para avaliação dessa situação fica com visita domiciliária programada para dia 14/01/2013. Para essa visita tem programada também a verificação de dúvidas/problemas que possam ter ocorrido após saída do hospital e a avaliação do seu grau de independência na realização de AIVD (através da Escala de *Lawton e Brody*).

14/01/2013 – Visita domiciliária

A D^a Co. estava bem disposta, comunicativa, mantendo-se sem dificuldades na comunicação. Estava na companhia do filho M..

Vive, como já tinha referido, numa casa de áreas reduzidas, com necessidade de subir 8 degraus para aceder à entrada. Os filhos realizaram as alterações que fomos identificando, no decorrer do internamento, como necessárias, ou seja, a casa não tem tapetes visíveis; a área de circulação, apesar de ser numa casa pequena, é livre de obstáculos; têm no *poliban* um tapete antiderrapante e colocaram recentemente duas barras de apoio.

No segundo dia em casa, teve uma queda, na sequência de uma transferência para a cama, em que refere não o ter feito como trabalhámos no Hospital. Refere ter-se sentado antes de assumir um posicionamento correto. Segundo o filho, até à ocorrência deste episódio, a D^a Co. apresentava “uma

segurança extrema” (*sic*) na realização das AVD, que “parecia ser exagerada” (*sic*). A partir desse dia, realiza as atividades assegurando a sua segurança na realização das mesmas.

O filho M. relembra que, nas primeiras vezes que a D^a Co. foi a casa, assumiu uma posição paternalista, não permitindo que esta desempenhasse determinadas atividades, nomeadamente o banho. Hoje assume uma função de educador/facilitador da adaptação da D^a Co à sua casa, à sua realidade. Refere que a participação nos exercícios realizados no decorrer do internamento, foram promotores da tomada de consciência das capacidades da mãe e essa participação permitiu-lhe ser hoje capaz de identificar e corrigir o que a D^a Co. faz incorretamente.

A D^a Co. mantém score de 6 avaliado no Índice de *Katz*. Está totalmente independente na realização das ABVD. Refere hoje que já não sente necessidade de reorganizar o roupeiro uma vez que, já consegue aceder aos cabides sem dificuldade. Mantém amplitude de 135° no movimento de flexão e abdução do ombro esquerdo, mas o ombro direito tem mobilidade totalmente mantida, apresentando uma amplitude de 180° nos movimentos descritos. Cuida da toilette pessoal de forma totalmente independente, embora apresente o material necessário para o desempenho dessa atividade disperso pela casa de banho. Foi incentivada a colocar todo o seu material (creme hidratante, escova de cabelo, escova e pasta de dentes e caixa com os seus ganchos) numa prateleira que têm junto ao espelho, facilmente acessível.

Tem caminhado, todos os dias, duas vezes por dia, acompanhada pelo filho, cerca de 2 Km em terreno com ligeiras oscilações de piso. Mantém necessidade de indicações verbais para correção postural, que o filho faz com destreza. Sobe e desce os 8 degraus de sua casa, com apoio do corrimão.

Refere que apesar de sair de casa e de caminhar com a frequência já descrita, receia perder agilidade na marcha e perder capacidade de equilíbrio, uma vez que não realiza os exercícios que realizava no decorrer do internamento. Refere que o facto de não ter um plano de exercícios, ou o facto de não ter atividades programadas para o decorrer do dia, lhe causa alguma tristeza. Foi realizado ensino para a realização de exercícios de treino de fortalecimento muscular e de equilíbrio, com o seu material, no seu ambiente

real. O filho participou no encontro de estratégias para a realização dos exercícios. Foi também sugerida a inscrição no Centro de Dia da sua área de residência, uma vez que permitiria a ocupação dos seus tempos livres e promovia o relacionamento com outras pessoas.

Refere manter realização de exercícios para treino da musculatura pélvica. Mantém continência de esfíncteres. Neste momento usa a sua roupa interior sem qualquer tipo de proteção, diurna ou noturna. Mantém uma micção noturna, mas desloca-se à casa de banho, com apoio de luz de presença, que instalaram no seu quarto, com interruptor bastante acessível. Já não tem necessidade de ir à casa de banho com o filho.

Relativamente às AIVD apresenta um score de 5, avaliado na Escala de *Lawton* e *Brody*, apresentando maior grau de dependência apenas nas atividades que obrigam a deslocações no exterior e cozinhar. Ainda não se sente capaz de mobilizar tachos e panelas com alimentos a altas temperaturas. Consegue aquecer no micro-ondas, a sua comida, previamente preparada pelo filho; lava a loiça e arruma a cozinha. Tem dobrado roupa e passado a ferro com tábua que já está ajustada à sua altura quando sentada.

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PLANO DE CUIDADOS

D^a I.

Orientado por: Enfermeira Paula Figueiredo e Enfermeiro Rui Santos
(Especialistas em Enfermagem de Reabilitação)

Docente orientador: Professora Cristina Saraiva

Elaborado por: Tânia Milene Porfírio Simões de Carvalho (nº3949)

Dezembro de 2012

IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE E CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

A D^a I. é uma senhora de 49 anos de idade, diretora financeira. Casada e tem uma filha de 18 anos de idade.

Tem como antecedentes pessoais, hábitos tabágicos (cerca de 40 cigarros/dia, desde os 14 anos), hipercolesterolémia e utiliza anticontraceptivo oral.

A 30/10 dirigiu-se ao Hospital de Setúbal, hospital da sua área de residência, por quadro de tonturas, cefaleias, náuseas e vômitos, que foi interpretado como síndrome vestibular periférico, pelo que teve alta hospitalar. A 31/10 regressa ao mesmo hospital por manutenção da sintomatologia descrita e por diminuição da força no hemicorpo esquerdo. Nessa data realizou TAC Crânio-encefálica que confirmou diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC). Revelou lesão isquémica com apagamento dos sulcos corticais da convexidade cerebral fronto-temporal direita e hiperdensidade da artéria cerebral média direita. No decorrer do internamento, iniciou sessões de fisioterapia e realizou exames complementares na tentativa de se perceber a provável etiologia deste AVC. Nesse sentido realizou holter que revelou episódios de arritmia sinusal marcada e episódios de bradicardia sinusal atingindo frequência cardíaca mínima de 36 bpm, condicionando episódios de dissociação aurículo-ventricular.

A 5/12, foi transferida desse hospital, para o Hospital do Mar. À entrada a D^a I. apresentava disartria ligeira, paresia facial central esquerda, disfagia, hemiplegia esquerda e hemihipostesia esquerda. Apresentava um score de 15 no Índice de *Katz*, evidenciando, segundo descrição em processo, necessidade de ajuda para utilização dos talheres, dependência total para o banho e para se vestir/despir. Apresentava necessidade de ajuda de uma a duas pessoas para a realização de transferências da cama para a cadeira de rodas e no sentido inverso. Deslocava-se em cadeira de rodas, necessitando de uma pessoa para

mobilizar a cadeira. Era incapaz de subir e descer escadas e para utilizar a casa de banho sem ajuda.

Apresentava perdas de urina ocasionais (quadro que se iniciou após este acidente) e apresentava controlo total do esfíncter intestinal.

Evidenciava um elevado grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária (score de 3 na Escala de *Lawton e Brody*), nomeadamente na realização de compras, no cozinhar, na lida da casa, tratamento da roupa e deslocações. Apresentava maior capacidade para realizar atividades que não envolvessem atividade motora direta, nomeadamente a utilização do telefone, responsabilidade pela toma de medicamentos e para tratar das finanças.

DIA 11/12/2012

Transições identificadas: Transição de saúde-doença.

Padrões das transições: A D^a I. refere que anterior ao início desta transição não tinha preocupações ou problemas relevantes, sendo esta transição a única identificada como relevante.

Propriedades das transições: A D^a I. tem percepção da doença e das limitações que tem neste momento. Refere vontade de se envolver ativamente no processo de recuperação. Evidencia no entanto, um fraco envolvimento na necessidade de adaptar os seus ambientes habituais, nomeadamente, a sua casa e o seu local de trabalho, uma vez que não equaciona a hipótese de não recuperar totalmente as capacidades que perdeu. Não equaciona também, a necessidade de alterar a sua função profissional ou a necessidade de delegar tarefas a outros profissionais.

Fatores facilitadores e inibidores das suas transições: É factor facilitador a sua motivação para recuperar mas pode ser inibidor o facto de a D^a I.

manifestar alguma renitência em se adaptar à diferença, em adaptar os seus ambientes à sua situação atual. Quer recuperar as capacidades perdidas, para poder voltar a viver a sua vida, tal como fazia antes do acidente. Quando questionada sobre a estrutura da sua casa e do seu local de trabalho, e quando são sugeridas alterações que podem ser programadas, refere que são alterações que, se necessárias, serão pensadas no futuro.

Vive numa casa espaçosa, segundo refere, com necessidade de subida de degraus, (não soube especificar a quantidade dos mesmos), sem suporte de corrimão. Refere ter muitos móveis e tapetes. Tem uma casa de banho com banheira, sem qualquer material de apoio adaptado. Não sabe especificar a largura das portas, nem tem noção se comportam a passagem de uma cadeira de rodas ou andarilho.

Tem uma relação forte com o marido e com a filha, que a visitam diariamente, no fim do dia, depois de exercidas as suas atividades profissionais. Referem que estes momentos constituem momentos de partilha, que já existiam previamente. É factor facilitador desta transição a relação que estabelecem e mantêm. O facto de estar internada não os afastou. Mantêm o hábito de partilhar os problemas e os momentos relevantes dos seus dias.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

- ESTADO DE ORIENTAÇÃO, COMPREENSÃO E LINGUAGEM

A D^a I. está orientada alo e autopsiquicamente. Cumpre indicações, compreendendo o que lhe é pedido. Apresenta lentificação no discurso, embora atualmente sem disartria.

- SENSIBILIDADE E COORDENAÇÃO DE MOVIMENTOS

No membro superior esquerdo tem apenas sensibilidade tátil e dolorosa, embora apresente hipostesia e hipoalgesia. No membro inferior esquerdo apresenta mantidas sensibilidade térmica, postural, tátil e dolorosa, embora com hipostesia e hipoalgesia.

- PARES CRANEANOS

A D^a I. tem alteração do nervo facial (VII par), apresentando ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à esquerda e ligeiro desvio da comissura labial para a direita.

Poderá ter alteração do nervo glossofaríngeo (IX par craniano) e do nervo vago (X par), uma vez que, apesar de não apresentar alterações do tom de voz, nem alterações do sabor, apresenta disfagia.

Apresenta disfagia de nível 5 (avaliada segundo escala gravidade da disfagia, desenvolvida por O'Neil, *et al.* (1999), com aspiração apenas de líquidos, com reflexo de tosse eficaz.

- CONTROLO POSTURAL/EQUILIBRIO

A D^a I., quando sentada, tem mantido equilíbrio estático e dinâmico, com alinhamento corporal adequado. Em posição ortostática, necessita de apoio à esquerda, não sendo capaz de dar passos, por não conseguir fazer carga ao nível do membro inferior esquerdo.

Apresenta *neglect* com dificuldade no reconhecimento dos objetos situados à esquerda. Quando lhe é pedida a realização de um desenho com o seu corpo, a D^a I. não concretiza o desenho com os membros do hemicorpo esquerdo. Para além disso, ignora os alimentos da metade esquerda do prato.

O quarto onde está internada oferece maior estímulo do lado direito, ou seja a porta do quarto, de onde é visível o corredor, está localizado à direita. A mesa de cabeceira está localizada à direita, e à esquerda existe um roupeiro com pouco espaço entre si e a cama.

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Sem alterações relevantes da morfologia torácica e do padrão respiratório. Refere cansaço após um dia de atividades de reabilitação, mas não é evidente no seu padrão respiratório.

AVALIAÇÃO MOTORA

- FORÇA E MOBILIDADE

A D^a I. apresenta força de grau 5/5 (avaliado na Escala de *Lower*) em todos os segmentos do hemicorpo direito e força de grau 1/5 no membro superior esquerdo e 2/5 no membro inferior esquerdo.

No hemicorpo direito realiza todos os movimentos, correspondentes a todos os segmentos corporais, com mobilizações ativas.

No hemicorpo esquerdo, nomeadamente ao nível do membro superior, através de mobilizações passivas, só se consegue realizar flexão do ombro até aos 135° e abdução do ombro até aos 90°, por dor tipo pontada, que surge aquando do movimento, com intensidade de 8 (avaliado na escala verbal), que alivia com toma de analgésicos e repouso. No restante hemicorpo, através de mobilizações passivas, não apresenta qualquer outra limitação.

Com mobilização ativa, consegue realizar flexão da articulação coxo-femural até aos 60°, abdução até aos 25° e adução aos 10°. Consegue realizar flexão do joelho até aos 100°, apresentando pouco controlo na realização do movimento inverso. Não apresenta alteração da amplitude de movimentos ao nível das articulações tibiotársica e metatársicas.

Não consegue fazer carga ao nível do membro inferior esquerdo, pelo que não consegue dar passos para iniciar a marcha.

Consegue realizar exercício de ponte, elevando a bacia cerca de 4 cm. Necessita de ajuda de terceiros para alinhar o corpo no leito e para rolar na cama.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A D^a I. é dependente na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD), apresentando um score de 15 no Índice de *Katz*, sem alterações significativas relativas à avaliação realizada aquando da admissão. Aquando da alimentação consegue comer de forma autónoma se lhe forem dispostos os alimentos. Necessita de ajuda para os cortar não sendo capaz de utilizar dois talheres em simultâneo no decorrer da refeição.

Consegue lavar os dentes e pentear-se, não sendo capaz de prender o cabelo com um elástico. Mantém necessidade de ajuda total aquando do banho. Toma banho em cadeira de banho, sendo capaz de lavar cerca de 50% da superfície corporal (face, membro superior esquerdo, incluindo região axilar, tronco, membro inferior direito e coxa esquerda).

É incapaz de utilizar escadas e de utilizar a casa de banho sem ajuda de terceiros. Desloca-se em cadeira de rodas, necessitando de ajuda de uma pessoa para mobilizar a cadeira.

Não consegue ainda despir nem vestir camisolas, soutiens ou casacos. Consegue, deitada na cama, vestir e despir cuecas e calças. Consegue despir meias, apresentando dificuldade em vesti-las principalmente vestir meias no pé esquerdo, por dificuldade em realizar o movimento conjugado de flexão do tronco, da articulação coxofemural e flexão do joelho.

Nas transferências mantém necessidade de ajuda, tal como descrita na admissão embora já o consiga fazer com apoio de apenas uma pessoa e com indicações verbais, conseguindo fazer rotação do corpo, fazendo carga no membro inferior direito. Realiza a técnica com insegurança e receio de queda.

Consegue apertar e desapertar botões e colchetes do soutien, porque o consegue fazer apenas com a mão direita.

Apresenta défice de controlo do esfíncter vesical, apresentando incontinência de esforço, com necessidade de utilização de fralda, por perdas involuntárias. No período diurno refere apresentar uma micção em média de 4/4 horas, embora não tenha certeza desse intervalo de tempo. Refere não ter necessidade de urinar, nem apresentar perdas relevantes no período noturno.

Tem controlo do esfíncter intestinal, apresentando um padrão regular (apresenta uma dejectação em média de 3 em 3 dias).

A D^a I. apresenta um elevado grau de dependência para a realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), apresentando um score de 3 na Escala de *Lawton e Brody*, tal como avaliado na admissão. Não consegue fazer compras, por impossibilidade de se deslocar ao local de compra, embora consiga contar e gerir dinheiro. Não se sente capaz de cozinhar, nem realizar

a lida da casa ou tratar da roupa. Não apresenta dificuldade em utilizar o telefone ou gerir a terapêutica.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Perante a avaliação efectuada, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Alteração da mobilidade física relacionada com (R/C) hemiparésia esquerda (com força de grau 1/5 no membro superior e grau 3/5 no membro inferior) e dor tipo pontada, no ombro esquerdo, que surge aquando do movimento com intensidade de 8 (avaliado na escala verbal), que alivia com toma de analgésicos e repouso manifestado por (M/P) elevado nível de dependência na realização de ABVD e AIVD e diminuição de amplitude articular nos movimentos passivos de flexão e abdução do ombro esquerdo.
- Perturbação da deglutição R/C AVC M/P disfagia aquando da ingestão de líquidos embora com reflexo de tosse eficaz.
- Incontinência urinária de esforço R/C AVC M/P deficit de controlo do esfíncter vesical com necessidade de uso de fralda por perdas involuntárias.
- Estratégias de adaptação individual ineficazes R/C negação da necessidade de se adaptar e de adaptar os seus ambientes habituais às suas limitações M/P desinteresse em planear adaptações físicas/estruturais à sua casa e em planear a possibilidade de alterar a sua função profissional ou a necessidade de delegar tarefas a outros profissionais.
- *Neglect* esquerdo R/C AVC M/P dificuldade no reconhecimento dos objetos situados à esquerda.

DIA 04/01/2013

A D^a I. apresentou hoje forte labilidade emocional associada à tristeza pela alteração da sua imagem. Refere que esta alteração está relacionada com a alteração da sua mobilidade, com a necessidade de utilizar fralda, e por não ser capaz de se vestir, pintar e arranjar como outrora. Previamente à ocorrência deste acidente, vestia saias, calças justas, camisas, blêizeres... e nunca tinha vestido um fato de treino, como agora se vê “(...) obrigada a fazer diariamente” (*sic*). Frequentava o cabeleireiro semanalmente. Desde que está internada ainda não o fez. Prende o cabelo com um elástico, “escondendo a falta de arranjo” (*sic*).

A D^a I. refere que o fato de não se sentir bem com a sua imagem, condiciona a forma como se expressa sexualmente. Para além disso sente-se insegura na abordagem do assunto com o marido, referindo não saber o que o mesmo sente relativamente à alteração da sua imagem. Refere também receio de não voltar a ter uma vida sexualmente ativa por dificuldades motoras e por receio de apresentar perdas vesicais.

NOVOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Alteração da autoimagem R/C alteração da mobilidade e alteração de hábitos de cuidado à toilette pessoal M/P labilidade emocional.
- Modificação da sexualidade R/C alteração da autoimagem, défice de conhecimentos relativos a prática sexual adaptada e insegurança na abordagem do assunto com o marido M/P labilidade emocional.

PLANO DE CUIDADOS

11/12/2012 - Diagnóstico de enfermagem: Alteração da mobilidade física R/C hemiparésia esquerda (com força de grau 1/5 no membro superior e grau 3/5 no membro inferior) e dor tipo pontada, no ombro esquerdo, que surge aquando do movimento com intensidade de 8 (avaliado na escala verbal), que alivia com toma de analgésicos e repouso M/P elevado nível de dependência na realização de ABVD e AIVD e diminuição de amplitude articular nos movimentos passivos de flexão e abdução do ombro esquerdo.

Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<u>11/12/2012</u> Que a D ^a I. apresente maior mobilidade física e adquira capacidade para se tornar autónoma na realização das atividades de vida diária.	<u>11/12/2012</u> <ul style="list-style-type: none">- Avaliar regularmente a dor e administrar analgesia prescrita em SOS;- Realizar mobilizações passivas do membro superior esquerdo, atendendo ao limiar de dor;- Realizar mobilizações ativas resistidas do membro inferior esquerdo;- Avaliar amplitude de movimentos articulares e grau de força dos diferentes segmentos do hemicorpo esquerdo;- Realizar treino de transferências da cama para a cadeira e no sentido inverso, de	<u>14/12/2012</u> <ul style="list-style-type: none">- Têm sido realizadas mobilizações passivas do membro superior esquerdo e mobilizações ativas resistidas do membro inferior. Não apresenta alterações significativas dos graus de força já avaliados.- Com a administração da analgesia prescrita em SOS, a D^a I. refere melhoria da intensidade da dor. Refere dor de 6 na escala verbal. Mantém no entanto limitação articular descrita anteriormente.- Têm sido realizados exercícios terapêuticos na cama.- Mantém dificuldade em realizar exercício de rolar. Realiza com agilidade o exercício de ponte, embora mantenha a elevação da bacia apenas a cerca de 4

	<p>modo a que se sinta progressivamente mais segura na realização da técnica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar e supervisionar a realização de atividades como a carga no cotovelo, a ponte, a rotação controlada da articulação coxofemural, avaliando os progressos que faz; - Realizar ensino para a realização de outros exercícios terapêuticos, nomeadamente o rolar na cama; - Realizar treino de equilíbrio estático em posição ortostática, incentivando a carga sobre o membro inferior esquerdo; - Realizar treino de vestir e despir com ensino de técnicas facilitadoras da realização dessa atividade, com maior ênfase na atividade de vestir e despir a meia do pé esquerdo, camisolas, casacos e soutien; - Definir estratégias com a D^a I. para colocar acessível todo o material necessário para a realização dos cuidados de higiene e de 	<p>cm;</p> <ul style="list-style-type: none"> - A D^a I. manifestou algum desconforto com o desenvolvimento das intervenções de enfermagem de reabilitação que foram desenvolvidas nestes últimos dias, uma vez que são desenvolvidas depois de um dia cheio de atividades que desenvolve no ginásio de fisioterapia. Foi dado a conhecer o plano de atividades propostas e os objectivos que pretendem ser alcançados e pelo exposto considera importante a continuação das nossas intervenções. Perante o seu desconforto/cansaço, e uma vez que considera importante a nossa intervenção, foi acordado com a senhora que as intervenções serão feitas de acordo com a sua disponibilidade mental e física, de acordo com a sua vontade e num período mais cedo que a hora que tem sido hábito (21h). <p><u>04/01/2013</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A D^a I. mantém dor e limitação funcional e tal como descritas na avaliação anterior. - Apresenta agora força 3/5, avaliada na Escala de Lower ao nível do membro inferior esquerdo.
--	--	---

	<p>toilette pessoal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partilhar com a restante equipa, os progressos que a D^a I. tem experimentado, dando-lhes a conhecer o que já consegue fazer, de forma a que não seja substituída no decorrer das atividades de vida diária. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consegue agora fazer carga ao nível do membro inferior esquerdo, mantendo necessidade de apoio de uma pessoa, por um período de tempo que não excede os 4 segundos. Não consegue dar passos. - Consegue realizar transferências da cama para a cadeira e no sentido inverso, agora de forma autónoma. - Tem-se mantido a realização de exercícios terapêuticos no leito, sendo agora capaz de rolar na cama e alinhar o corpo de forma autónoma. - Tem sido realizado treino da atividade de despir e vestir. É agora autónoma na atividade de despir e vestir camisas, casacos e o soutien. Necessita ainda de ajuda para vestir as meias principalmente do pé esquerdo. <p><u>09/01/2013</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manteve-se a realização das intervenções planeadas. Não se observam alterações significativas relativamente à avaliação anterior. Apresenta agora um score de 11 avaliado no Índice de <i>Katz</i>, evidenciando uma melhoria no grau de dependência.
--	---	---

11/12/2012 - Diagnóstico de enfermagem: Perturbação da deglutição <u>R/C</u> AVC <u>M/P</u> disfagia aquando da ingestão de líquidos embora com reflexo de tosse eficaz.		
Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<u>11/12/2012</u> Que a D ^a I. consiga deglutir líquidos sem disfagia	<u>11/12/2012</u> <ul style="list-style-type: none"> - Assegurar ambiente calmo e a adopção de postura correta, no decorrer do treino de deglutição; - Realizar ensino para não misturar alimentos de consistência diferente; - Realizar treino de deglutição (incentivar a realização de uma inspiração profunda e a retenção do ar nas vias aéreas; colocar posteriormente o alimento na cavidade oral; realizar flexão do pescoço; contrair os músculos do pescoço e deglutir, por último incentivar a tosse voluntária para limpeza das vias aéreas); - Incentivar a limpeza total da cavidade oral antes de introduzir na boca outra porção de comida. 	<u>14/12/2012</u> Têm sido implementadas as intervenções planeadas. A D ^a I. realiza a técnica com eficácia, embora mantenha disfagia de nível 5, tal como avaliação anterior. <u>04/01/2013</u> A D ^a I. alimenta-se e ingere água/líquidos sem disfagia, com aplicação de técnicas ensinadas, com ligeiro atraso na deglutição apresentando agora uma disfagia de nível 6, avaliada na mesma escala. <u>09/01/2013</u> A D ^a I. alimenta-se sem dificuldades, ingerindo sem disfagia todas as consistências. Não apresenta atraso na deglutição, não precisando por isso de tempo extra para a refeição. Apresenta agora um nível 7, avaliado na escala de gravidade de disfagia. Evidência adaptação a situação.

11/12/2012 - Diagnóstico de enfermagem: Incontinência urinária de esforço <u>R/C</u> AVC <u>M/P</u> deficit de controlo do esfíncter vesical com necessidade de uso de fralda por perdas involuntárias.		
Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<u>11/12/2012</u> Que a D ^a I. apresente controlo de esfíncter vesical.	<u>11/12/2012</u> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar treino de hábitos, definindo horas limite para reforço hídrico, definindo um intervalo de 3 em 3h para se deslocar à casa de banho de forma a urinar mesmo que não apresente vontade de o fazer; - Trabalhar com a restante equipa a importância de ser proporcionada, à D^a I. a ida à casa de banho nesse intervalo de tempo; - Realizar ensino sobre exercícios de <i>Kegel</i> e incentivo à sua realização (10 vezes) duas vezes por dia; - Incentivar o uso de cueca com penso de proteção. 	<u>14/12/2012</u> A D ^a I. tem solicitado a deslocação à casa de banho de 3 em 3 h. Mantém no entanto perdas vesicais associadas ao esforço. Refere manter a realização de exercícios de <i>Kegel</i> . <u>04/01/2013</u> A D ^a I. refere manter a realização de exercícios de <i>Kegel</i> diariamente, de acordo com frequência recomendada. Desde há 6 dias que não apresenta perdas vesicais. Foi incentivada a utilizar as suas cuecas com penso de proteção. <u>09/01/2013</u> A D ^a I. tem controlo total do esfíncter vesical. Por receio de perdas tem utilizado pensos de proteção. Evidencia adaptação à situação.

11/12/2012 - Diagnóstico de enfermagem: Estratégias de adaptação individual ineficazes R/C negação da necessidade de se adaptar e de adaptar os seus ambientes habituais às suas limitações M/P desinteresse em planear adaptações físicas/estruturais à sua casa e em planear a possibilidade de alterar a sua função profissional ou a necessidade de delegar tarefas a outros profissionais.

Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<p><u>11/12/2012</u></p> <p>Que a D^a I. se adapte a sua situação e se torne o mais autónoma possível, vivendo de forma saudável este processo de transição.</p>	<p><u>11/12/2012</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a adopção de medidas adaptativas nos seus ambientes habituais, no sentido de se tornar mais autónoma na realização de ABVD e AIVD; - Reforçar a ideia de que poderá adquirir um nível de autonomia crescente se encontrar estratégias para se adaptar aos seus ambientes habituais. Reforçar a ideia de que a adopção destas estratégias não invalida a progressão de um plano de atividades que promovam um aumento progressivo da sua mobilidade física; 	<p><u>14/12/2012</u></p> <p>A D^a I. mantém alguma renitência na adaptação dos seus ambientes habituais, no entanto perante a possibilidade de ir a casa brevemente ficou receptiva à informação sobre alteadores de sanitas e cadeiras giratórias para adaptação na banheira.</p> <p>O marido ficou motivado para procurar esse material e para reorganização da casa no sentido de aumentar o espaço livre para mobilização da cadeira de rodas.</p> <p><u>04/01/2013</u></p> <p>Já adquiriram uma cadeira giratória que já está adaptada à banheira. Quando vai a casa, a D^a I. já utiliza com eficácia a cadeira apesar de ainda necessitar da ajuda do marido para se sentar e sair da cadeira.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Averiguar com maior pormenor as condições de sua casa, junto da D^a I., do seu marido e da filha, quando a D^a I. demonstrar maior aceitação da necessidade de adaptar os seus ambientes habituais, de forma a planear antecipadamente as adaptações necessárias; - Incentivar (à D^a I., ao marido e à filha) a visualização de catálogos de materiais de apoio, disponíveis atualmente no mercado, integrados em casas de estilo moderno. 	<p>Já adquiriram também um alçador de sanita, ao qual já está adaptada.</p> <p>A D^a I. já está mais receptiva às sugestões para reorganização da casa, mantendo dificuldade em aceitar sugestões para reorganização do espaço profissional e para adopção de medidas inclusivas no prédio onde mora, recusando abordar a administração do prédio para adaptação de rampas de acesso.</p> <p><u>09/01/2013</u></p> <p>Manteve-se a realização das intervenções planeadas, não se observando no entanto alterações significativas relativamente à avaliação anterior.</p>
--	--	--

11/12/2012 - Diagnóstico de enfermagem: <i>Neglect</i> esquerdo <u>R/C</u> AVC <u>M/P</u> dificuldade no reconhecimento dos objetos situados à esquerda.		
Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<u>11/12/2012</u> Que a D ^a I. não negligencie os objetos colocados/situados à esquerda	<u>11/12/2012</u> <ul style="list-style-type: none"> - Promover estimulação sensitiva (táctil, térmica e proprioceptiva); - Nomear, em cada atividade, as partes do corpo a mobilizar; - Promover a facilitação cruzada, abordando-a pelo lado mais afetado; - Reorganizar o quarto de forma a colocar a mesa de cabeceira do lado esquerdo ou se possível trocar o quarto onde está internada, para um quarto cujo maior estímulo seja oferecido pelo lado esquerdo. 	<u>14/12/2012</u> Após diálogo com enfermeira responsável do serviço, foi possível a mudança de quarto. A D ^a I. não se opôs à mudança e compreendeu a importância de o fazer. Tem agora, situada à sua esquerda a mesa de cabeceira e a porta do quarto, de onde é visível o corredor. <u>09/01/2013</u> Têm sido desenvolvidas as intervenções planeadas, no entanto a D ^a I. mantém-se a negligenciar os objetos colocados à esquerda. Têm consciência disso, e força a procura desses objetos aí colocados.

04/01/2013 - Diagnóstico de enfermagem: Alteração da autoimagem <u>R/C</u> alteração da mobilidade e alteração de hábitos de cuidado à tolete pessoal <u>M/P</u> labilidade emocional.		
Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<u>04/01/2013</u> Que a D ^a I. se adapte à imagem atual e que apresente indicadores de vivência saudável dessa adaptação	<u>04/01/2013</u> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a expressão de sentimentos; - Realizar treino da atividade de maquiagem e incentivar a sua realização diariamente; - Incentivar o recurso ao cabeleireiro (uma vez que o hospital dispõe deste serviço, desde que requisitado); - Incentivar a utilização de roupa com a qual se sinta bem e confiante; - Realizar treino da atividade de vestir e despir a sua roupa habitual (saías, camisas, blêizeres); - Realizar as intervenções planeadas para resolução do problema associado à incontinência urinária; - Realizar as intervenções planeadas para resolução do problema associado à alteração da mobilidade. 	<u>09/01/2013</u> Tem sido realizado treino da atividade de maquiagem e a D ^a I. tem-na exercitado diariamente. Refere, expressando um sorriso, sentir-se “bonita... a I. de antes” (<i>sic</i>). Teve hoje, pela primeira vez desde que está internada, a visita de um cabeleireiro, que lhe cortou e arranjou o cabelo e as unhas. Tem sido incentivada a utilizar roupa com a qual se sinta bem e confiante, embora não possa deixar de utilizar os fatos de treino, facilitadores da realização dos exercícios de reabilitação, enquanto está no hospital.

04/01/2013 - Diagnóstico de enfermagem: Modificação da sexualidade <u>R/C</u> alteração da autoimagem, déficit de conhecimentos relativos a prática sexual adaptada e insegurança na abordagem do assunto com o marido <u>M/P</u> labilidade emocional.		
Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
<u>04/01/2013</u> Que a D ^a I. reinicie a sua atividade sexual	<u>04/01/2013</u> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a expressão de sentimentos; - Incentivar a partilha de sentimentos com o marido; - Fornecer informação sobre prática sexual adaptada; - Realizar as intervenções planeadas para resolução do problema associado à alteração da autoimagem. 	<u>09/01/2013</u> A D ^a I. conversou com o marido sobre a sua necessidade e receio de reiniciar a prática sexual. Segundo a mesma, o marido manifestou-se compreensivo relativamente aos seus receios. Segundo a D ^a I. o marido referiu vontade de partilhar momentos íntimos, mas receava manifestar esse sentimento com receio que a D ^a I. recusasse, por esta não ser uma preocupação manifestada por ela. Segundo a senhora, o marido refere estar consciente de que o ato terá de ser adaptado à sua situação atual, mas refere sentir-se preparado para isso, até porque não valoriza o ato em si, mas a partilha de carinho e intimidade com a esposa. A D ^a I. refere sentir-se “feliz e mais confiante depois da conversa” (<i>sic</i>). Foi sugerida a marcação de um momento com o marido para fornecimento de informação sobre prática sexual adaptada, mas a senhora recusou. Refere querer receber essa informação sem a

		<p>presença do marido. Recusou encaminhamento para outro profissional de saúde para abordagem do tema sexualidade.</p> <p>Foi feito ensino e fornecido documento informativo sobre posicionamentos adaptados.</p> <p>Uma vez que já apresenta bom controlo de esfíncter vesical, foi incentivada a utilizar lingerie sensual quando regressar a casa, principalmente no decorrer de um momento íntimo. Foi incentivada a recorrer à casa de banho de forma a urinar previamente ao ato sexual.</p>
--	--	--

**APÊNDICE VII – DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM
RELEVANTES PARA O DESENVOLVIMENTO DO
PROJETO**

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Hoje fizemos visita domiciliária à A., uma rapariga de 24 anos de idade, que vive com a mãe numa casa espaçosa e muito bem cuidada. A A. tem um quarto só para ela, decorado com fotografias suas, dos seus amigos e familiares próximos, em momentos de convívio. Tem numa parede do seu quarto um grande quadro cheio de fios, anéis e pulseiras das mais variadas cores e feitios. Usa estes utensílios todos os dias em combinação perfeita com a roupa que utiliza. Todos os dias, depois de acordar e de tomar o pequeno-almoço, frequenta o Centro de Atividades Ocupacionais do Centro Comunitário e Paroquial da Ramada, onde convive com muita gente e tem inúmeras atividades e sessões de fisioterapia. Ao fim do dia, duas vezes por semana, frequenta aulas de hidroginástica. Hoje tinha feito uma sessão de relaxamento em substituição da aula... Depois disso, estava em casa na companhia da mãe, como é habitual. Estava deitada a ver televisão... E teve, à nascença, uma paralisia cerebral... Hoje, este parece ser, na maior parte do seu dia, apenas um pormenor.

Foi referenciada à Equipa de Cuidados Continuados Integrados, pela Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio do Hospital de Santa Maria para fornecimento de material para aspiração de secreções. É acompanhada pela equipa somente para controlo de sintomas, uma vez que está a ser acompanhada por profissionais da área de reabilitação, diariamente, no Centro Comunitário e Paroquial da Ramada.

A A. não comunica verbalmente, mas manifesta as suas vontades, que são compreendidas pela D^a T., a mãe, na perfeição. A A. mostra um grande sorriso e abre exageradamente os olhos quando algo a entusiasma e contrai os músculos faciais com emissão de gemidos em simultâneo, quando algo a desagrada. Passear é algo que lhe dá muito prazer, e fá-lo com muita frequência, com a mãe, principalmente aos fins-de-semana.

Tem deformações articulares graves, com rigidez marcada em todas as articulações. Não consegue fazer movimentos voluntários da região cervical, apresenta cotovelos em flexão, punhos em supinação, flexão dos dedos das mãos, membros inferiores em abdução, com flexão do joelho e rotação externa das articulações tibiotársicas.

Desde sempre a D^a T., tentou proporcionar-lhe o máximo de momentos partilhados com outras pessoas. Frequentou, desde muito pequena, uma escola com ensino especial, integrada num protocolo com a Direção Regional de Educação de Lisboa que incluía crianças desde os 5 até aos 15 anos. Esta escola tinha uma sala, denominada “sala dos golfinhos” onde as crianças tinham apoio de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, vindos da Liga Portuguesa dos Deficientes Motores. Aqui a A. convivia com crianças sem limitações motoras e/ou cognitivas. Segundo a D^a T., ainda hoje a A. tem visita de algumas amigas desses tempos. Em 2011 este protocolo foi extinto e a escola deixou de ter esta filosofia de ensino, e a propósito disso a D^a T. comenta que: “(...) é uma pena...”. Instintivamente, quando a senhora disse que era lamentável a escola ter mudado a sua filosofia, pensei: “De facto... A A. deixou de ter a oportunidade de conviver com crianças sem limitações funcionais e neurológicas. Perdera a oportunidade de ter esse estímulo à sua cognição”. Mas na verdade a sua interpretação não era essa... A D^a T. tem uma visão muito mais madura e nada egoísta! Logo a seguir acrescenta: “...porque a A. fez muito bem a muitos meninos. Com ela, eles compreendiam “a diferença”!”.

O instinto, por muito que eu diga que aceito a diferença, levou-me, imediatamente a pensar nas dificuldades que passaram para sobreviver.

Instintivamente, antes de entrar na casa da A. imaginava encontrá-la deitada, numa cama articulada, semelhante às camas hospitalares, com as grades puxadas para cima, num quarto partilhado com a mãe, para vigilância noturna permanente. Esperava conhecer, como sua mãe, uma senhora pouco sorridente e pouco comunicativa. Estas imagens/ideias surgiram de forma automática, fruto de preconceitos dos quais desconheço a origem. Preconceitos que existem e não quero que existam, porque limitam a minha capacidade de, num momento imediato de confronto com a diferença, pensar no que podem fazer para se adaptar, no que existe para superarem barreiras que se impõem a cada momento das suas vidas.

A D^a T. adaptou a sua casa, o seu carro, a sua vida... Mostrou-me todas as adaptações físicas que fez e explicou-me como as fez. Comprou uma cama vulgar, mandando adaptar um estrado articulado. Foi-lhe sugerido pela Enfermeira Especialista em Reabilitação, a aquisição de um colchão

viscoelástico para prevenção de úlceras por pressão. Já recolheu informação variada e pediu, nesta visita, apoio/orientação para a escolha do mesmo. Adaptou a banheira com uma cadeira de encosto reclinável, com cinto de segurança, para que a A. tome banho na casa-de-banho. Adquiriu cadeiras com rodas, duas delas atribuídas pelo Centro de Paralisia Cerebral, e tem uma outra, que adquiriu após prescrição do fisiatra. Adaptou as cadeiras com almofadas feitas por si, com possibilidade de tirar o tecido para lavar, de cor adequada à idade da A., fáceis de abrir e fechar. Adaptou um cinto de segurança extra no seu carro, no lugar de pendura, para maior segurança da A.. Nesse lugar adicionou também uma almofada em diagonal para elevação dos membros inferiores, para que a A. não circule com os pés pendentes, promovendo viagens seguras e confortáveis. Tem como principais recursos institucionais o Centro Comunitário e Paroquial da Ramada e a Loja do Avô, onde adquire ideias e materiais que permitem superar dificuldades adaptativas.

A D^a T. permitiu-me este momento de aprendizagem, referindo que o fazia com todo o prazer, com o intuito de que eu adquirisse conhecimentos, capazes de poder ajudar pessoas com necessidade de apoio na adaptação.

Esta visita, permitiu-me conhecer possíveis recursos a mobilizar em situações futuras. Mas acima de tudo, permitiu-me redefinir conceitos, que me permitirão alterar a minha postura, a minha prestação enquanto enfermeira especialista em reabilitação. Foi um momento de forte aprendizagem para me ajudar a olhar para a diferença com uma perspectiva de “copo meio cheio”.

Pretendo, em situações futuras, avaliar as necessidades adaptativas das pessoas nessa perspectiva de “copo meio cheio”, para que possa mobilizar recursos adequados, para que possa sugerir um caminho a percorrer.

Trabalho num serviço de internamento e conhecer as verdadeiras necessidades das pessoas em casa, ou antecipar os seus potenciais problemas, pode ser difícil, mas existe a possibilidade de mobilizar recursos na comunidade, que podem orientar, “no terreno”, as pessoas com essas necessidades adaptativas.

Outubro. 2012

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Conheci o Sr. E., um senhor de 37 anos de idade. É casado e tem uma filha de 5 anos. E desde há um ano que as suas rotinas se alteraram por completo. Reencontrou novas rotinas e agora acorda todos os dias com o objectivo de readquirir o maior grau de independência possível!

Há cerca de 1 ano foi-lhe diagnosticado um Schwannoma do VIII par craniano. Foi submetido a uma cirurgia para remoção do tumor e que teve como complicação pós-operatória um hematoma extenso da loca, tendo sido submetido a uma segunda intervenção de carácter urgente, a partir da qual se objectivou uma parésia do VII par craniano direito, disfagia, disfonia, disartria, tetraparésia com ataxia.

Frequentou o Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão e veio transferido de lá em Setembro para o Hospital do Mar, onde se deu continuidade ao plano de reabilitação que estava a desenvolver.

Apesar do intenso programa de reabilitação que tem desenvolvido o Sr. E. mantém grandes alterações na articulação verbal. Comunica através de comunicação não verbal e através de um pictograma. Emite sons, que são imperceptíveis na maior parte das vezes.

Tem um padrão respiratório torácico, com amplitude ligeiramente diminuída. Apresenta secreções mucopurulentas em moderada quantidade e um reflexo de tosse pouco eficaz. À auscultação, apresenta murmúrio vesicular diminuído, sem presença de ruídos adventícios.

É alimentado através de PEG (*percutaneous endoscopic gastrostomy*), que foi colocada por disfagia e infecções respiratórias de repetição, por aspiração.

Mantém tetraparésia com ataxia, principalmente ao nível dos membros superiores.

Faz levantar diariamente para cadeira de banho e para cadeira de rodas para se deslocar, com ajuda de terceiros, até aos diferentes departamentos de terapias, nomeadamente de terapia da fala, terapia ocupacional e fisioterapia. Necessita de ajuda nas transferências da cadeira

para a cama e no sentido contrário. Tem equilíbrio estático e apresenta dificuldade em manter equilíbrio dinâmico.

Tenta participar ativamente nas suas atividades diárias, nomeadamente nos cuidados de higiene, que faz em cadeira de banho diariamente. O Sr. E. apresenta uma dependência total na atividade de se vestir e despir, dependendo de terceiros para a concretizar.

Tem controlo de esfíncteres e, apesar da ataxia, consegue utilizar dispositivo de chamada para solicitar dispositivo de recolha de urina e fezes.

Apesar do cansaço, que por vezes é evidente no seu fâcies, participa sempre nos exercícios propostos. Tenta em cada um deles, fazer melhor do que no anterior. Não desiste... E não quer descansar... Aceita, sempre uma nova sugestão de exercícios.

Hoje, o enfoque do plano de intervenção era realização de reeducação funcional respiratória com ciclo ativo de técnicas respiratórias e o treino da atividade de despir e vestir.

Já intervi junto deste senhor 3 vezes e nunca o incentivei o desenvolver essa última atividade, porque tinha receio que, ao se confrontar com a dificuldade extrema, ou até mesmo com a impossibilidade, para se voltar a despir e a vestir sozinho, perdesse o ânimo, que já lhe é tão peculiar, para continuar o seu percurso de reabilitação. Nos 3 dias anteriores, investi noutras intervenções, que de certa forma o protegiam desse confronto, porque já tinha algum domínio sobre elas.

Hoje, com apenas alguma orientação por parte da enfermeira especialista em reabilitação, o Sr. E., durante cerca de 15 minutos, despiu a sua camisa diurna e vestiu a camisola do pijama. Terminou exausto... Apesar de o negar, o cansaço era evidente. Mas fê-lo! Despiu-se e vestiu-se, com dificuldade, mas fê-lo!

Subestimei o seu potencial. Queria protegê-lo, do sofrimento que seria gerado pela dificuldade ou impossibilidade de realizar uma atividade simples. Hoje, questiono-me se não me estaria a proteger a mim... Não o queria ver sofrer pela dificuldade, e preferi, instintivamente, desenvolver intervenções simples, sem grande desafio.

O confronto com as dificuldades é inevitável, e só quando se confrontar com elas, é que encontrará estratégias para as superar.

Não posso voltar a assumir esta atitude maternalista. A proteção que ele “pede” é estímulo, treino, incentivo para ultrapassar as dificuldades, para readquirir novas capacidades. E caso o desânimo surja, estarei lá para lhe mostrar, para o lembrar, das conquistas que já fez, dos desafios que já superou.

Novembro. 2012

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

A D^a C. é uma senhora de 71 anos de idade, internada no Hospital do Mar, na unidade de convalescença após ter sido vítima de um acidente vascular cerebral isquémico da artéria basilar e artéria cerebral média direita, do qual resultou hemiparesia esquerda, desequilíbrio na marcha e disfagia.

A Sr.^a apresenta uma disfagia de nível 5 (avaliada segundo escala gravidade da disfagia, desenvolvida por O'Neil, *et al.* (1999), com aspiração apenas de líquidos, com reflexo de tosse eficaz.

Tem sido adicionado espessante aos líquidos, sem recurso a uma consistência específica, que tenha sido determinada mediante as suas necessidades.

Faz as suas refeições diariamente no refeitório do serviço, partilhando a mesa com mais duas a três pessoas. O refeitório está sempre cheio de pessoas que também estão internadas. A refeição é servida e comem todos quase sem partilha de conversa, sendo evidente a falta de relação entre todos.

Hoje, tinha como plano, o treino de deglutição. Fui ao refeitório, encontrei-me com a senhora, cumprimentei-a e depois da sua autorização e dos restantes elementos da mesa, para me sentar, disse-lhe, a ela, qual era a intenção da minha presença. Concordou...

Foi servida a sopa e iniciei os ensinamentos.

Pegou na colher, introduziu-a no prato e rapidamente introduziu a colher cheia de sopa na boca. Engoliu e repetiu o procedimento, sem quase me dar tempo de lhe dizer que parasse... Engasgou-se... Tossiu... tossiu... tossiu... Depois disso, tentou então fazer o que lhe expliquei. Comeu o conteúdo de algumas colheres, cumprindo o procedimento correto. Elogiei e depois disso começou a comer novamente de forma muito rápida. Perguntei-lhe se tinha ficado com dúvidas... Pousou a colher sobre o prato e disse: "não quero mais sopa!" faltando ainda umas 4 a 5 colheres para terminar a refeição.

Perguntei-lhe se a minha presença estava a influenciar a sua falta de apetite. Respondeu-me que não. Respondeu-me que nunca consegue comer a totalidade da sopa.

Serviram o prato de comida sólida, com comida que não tinha necessidade de ser cortada. Disse-lhe então que me ia ausentar. Rapidamente perguntou-me se ia ao seu quarto mais tarde, ao que lhe respondi positivamente. Senti que essa resposta foi bem aceite por ela e disse-me “então até já... Não se esqueça de lá ir!”. Fiquei confusa... Senti no decorrer do jantar que não queria a minha presença e que não estava motivada para o plano de reabilitação, para o treino de deglutição e de repente mostra entusiasmo com a possibilidade da minha ida ao seu quarto para a realização de outras atividades. Afinal qual seria o problema que estaria subjacente à alimentação?

Depois de alguma reflexão sobre este acontecimento percebi que tinha quebrado um princípio básico inerente ao treino desta atividade. O treino deve ser feito num ambiente calmo, isolado (o mais possível) de factores distratores. Para além disso, eu estava a expor as dificuldades da D^a C. perante todas as pessoas daquela mesa.

Até hoje, as intervenções de reabilitação que desenvolvi com as pessoas, foram em locais isolados de outros olhares e não tinha desenvolvida a sensibilidade para perceber que por vezes a manifestação de dificuldades pode ser motivo de verdadeiro stress.

A minha intenção era que o treino de deglutição não fosse simplesmente um treino, isolado, sem sentido. Queria que desenvolvesse capacidade para, numa situação real, comer sem dificuldade. Mas percebi que não o devo fazer. Expu-la e nem sequer tive sucesso no ensino que fiz.

Pretendo dar continuidade ao treino de deglutição, mas numa situação isolada, no seu quarto, com ingestão de água. Ela, certamente, fará o seu treino, no ato de comer, quando se sentir capaz de o fazer, e nessa altura não será necessário a minha presença, que involuntariamente a fez sentir-se diferente de todos!

Novembro. 2012

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

A D^a C. é uma senhora de 71 anos de idade, cozinheira “(...) desde há muitos anos” (sic), e sempre foi, segundo refere, independente na realização das suas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Vive com um filho, solteiro, técnico de informática, atualmente desempregado.

A 7/9 entrou na urgência do Hospital de São José com quadro de disartria, disfagia, discreta hemiparesia esquerda e desequilíbrio da marcha. Ficou internada num serviço de medicina. A 10/9/2012, após paragem cardio-respiratória, que reverteu com suporte básico de vida, apresenta um quadro de agravamento da hemiparesia esquerda e do quadro de disfagia. Realizou TAC Crânio-encefálico que confirmou a suspeita de ter sido vítima de acidente vascular cerebral. Apresenta lesão isquémica da artéria basilar e artéria cerebral média direita.

Realizou sessões de fisioterapia, e segundo descrito em carta de alta de enfermagem conseguiu, no decorrer do internamento, recuperar mobilidade que lhe permitia a marcha, embora com apoio bilateral. Segundo a mesma carta, a 1/10 a D^a C. voltou a casa, aguardando vaga numa unidade de convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a necessitar de ajuda total de terceiros para a realização de atividades básicas da sua vida diária, nomeadamente para a alimentação, para a higiene e para troca de fralda que começou a utilizar no internamento por, segundo refere, não conseguir controlar as micções durante tempo suficiente para lhe fornecerem dispositivo de recolha de urina.

A 24/10 dá entrada na unidade de convalescença do Hospital do Mar, com défices semelhantes aos descritos no momento da alta do serviço de medicina do Hospital de São José. À entrada apresenta-se calma, orientada alo e autopsiquicamente, com hemiparesia esquerda, disfagia, com necessidade de adição de espessante nos líquidos, mantendo desequilíbrio na marcha. Segundo o Índice de *Katz*, avaliado nesse dia, a D^a C. apresentava um score de 15. A senhora precisava de ajuda para a utilização

de talheres, era dependente total no banho. Precisava de ajuda total, na atividade de se despir e vestir e nas transferências da cama para a cadeira de rodas, meio que utilizava para se deslocar. Utilizava fralda por incontinência. Segundo a Escala de *Lawton* e *Brody* a D.^a C. apresentava um elevado nível de dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária, apresentando um score de 2. A senhora tinha capacidade de atender o telefone, embora não fosse capaz de marcar os números, era incapaz para fazer compras, cozinhar, fazer a lida da casa e tratar da roupa.

Quando conheci a D.^a C., cerca de 3 semanas depois da sua entrada no Hospital do Mar, questionei-a sobre a forma como tinha vivido o regresso a casa. Questionei-a sobre quais tinham sido as suas principais dificuldades. Disse-me: “Precisava de ajuda para tudo... O meu filho, coitadinho, é que me ajudava!” (*sic*). Perante isso, perguntei-lhe que preparação tinha tido o filho para cuidar dela, ao que me respondeu: “Nenhuma! Teve que se desenrascar... Nunca tinha mudado uma fralda!” (*sic*).

Que sentimentos teria tido este filho, que de repente se viu “obrigado”, de forma repentina, a desenvolver competências para cuidar da mãe, no mais ínfimo pormenor, nomeadamente da sua intimidade?

Não houve sensibilidade, no decorrer do internamento, para perceber que havia um período transitório, em casa, que precisava de ser trabalhado e que podia ser vivido com muitas dificuldades e angustias, não só pela dependência física, que podia ter sido atenuada pelo aquisição de materiais de apoio, mas também pela forma como o filho se sentiria a cuidar da intimidade da mãe e pela forma como a mãe se sentiria a ser cuidada pelo seu filho.

A D.^a C. disse-me inclusivamente que: “Agora, no fim, já se ajeitava melhor. Até decidiu que vai pôr uns suportes na casa-de-banho para eu me agarrar.” (*sic*). Esta necessidade descoberta, gerada a partir das dificuldades, poderia ter sido antecipada no internamento. Seria importante um trabalho conjunto, entre enfermeiros, o filho e a D.^a C., de forma a prever problemas que poderiam ser resolvidos ou atenuados ainda no decorrer do internamento. Seria importante haver um conhecimento, por parte dos

enfermeiros do serviço, da forma como está estruturada a sua casa e que barreiras arquitectónicas poderiam ser alteradas. Quando a questionava sobre a organização da sua casa-de-banho, percebi que terá de conseguir subir um degrau para entrar no *poliban*. Neste momento a D^a C. não consegue fazê-lo. Se por ventura a D^a C. não voltar a conseguir fazê-lo, é necessário o encontro de estratégias para ultrapassar essa barreira, como é exemplo a aplicação de uma rampa amovível.

Não tive ainda oportunidade de conhecer o filho da D^a C., mas pretendo envolvê-lo no plano de cuidados, pretendo conhecer as suas dúvidas/receios e pretendo trabalhar com ambos, estratégias para facilitar a sua readaptação a casa.

A vivência desta situação fez-me, enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, também pensar sobre a importância de existir um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação num serviço de medicina. É importante que se faça reabilitação das capacidades perdidas, que as mobilizações e os exercícios desenvolvidos não sejam desprovidos de sentido, tenham uma intencionalidade clara de promover uma readaptação eficaz à vida diária. A participação de um profissional com esta especificidade é, em meu entender, também importante para sensibilizar os restantes enfermeiros, sobre a importância de se dedicar um olhar mais atento a situações como estas, que infelizmente não são ímpares. Pretendo por isto, propor, no serviço de medicina onde trabalho, momentos de análise de práticas, onde se possam expor situações concretas, semelhantes à que vivi, de forma a que possamos refletir sobre a nossa atuação, no sentido de promovermos um regresso a casa saudável.

Novembro. 2012

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

A D^a I. é uma senhora de 49 anos de idade que sofreu um acidente vascular cerebral de natureza isquémica, na artéria cerebral média direita, a 30 de Outubro, um dia do qual recorda o “medo terrível” (*sic*) que sentiu. Refere que sabia exatamente o que lhe estava a acontecer.

Como sequelas evidenciava disartria, parésia facial central esquerda, hemianopsia, hemiparésia e hemihipostesia esquerdas.

No Hospital de Setúbal, onde esteve internada previamente, teve intervenção de um enfermeiro, que lhe fez ensino sobre a mobilização da cama para a cadeira e no sentido contrário e mobilizações do hemicorpo esquerdo com apoio do hemicorpo direito. Segundo refere, e segundo informação em nota de alta desse serviço, tinha necessidade de ajuda para a realização de todas as atividades de vida diária.

A 5 de Dezembro, mantendo os défices descritos, foi transferida para o Hospital do Mar para unidade de convalescença.

Conhecemo-nos a 11 de Dezembro, pelas 21 horas. Segundo referiu, conhecemo-nos depois de um dia cheio de atividades e sessões de fisioterapia, que descreve como cansativas do ponto de vista psíquico e físico. Diz que “todos os movimentos têm de ser pensados... Tudo é feito com esforço e isso é verdadeiramente desgastante” (*sic*). Apresenta força de grau 1/5 (escala de *Lower*) no membro superior e 2/5 (na mesma escala) no membro inferior.

Nesse dia houve espaço para nos conhecermos e para ser feita, juntamente com o enfermeiro orientador, uma avaliação da sua situação, das suas capacidades e das suas limitações. Apesar da tristeza, que é notória no seu fâcies e no discurso que por vezes apresenta, a D^a I. tem um bom sentido de humor, e refere inclusive que é ele que às vezes a faz esquecer os problemas. Despedimo-nos até ao dia seguinte, com aparente entusiasmo da D^a I.

No dia seguinte após termos determinado os objectivos que pretendem ser alcançados, partilhei com a D^a I. o planeamento das

intervenções e qual era a intencionalidade das mesmas. Aparentemente concordou com o seu desenvolvimento. No decorrer deste nosso encontro, não senti desconforto com a minha presença e portanto dei continuidade às intervenções.

Quando saí do seu quarto, a enfermeira que esteve com ela no turno da manhã, questionou-me sobre a forma como a D^a I. me tinha recebido neste segundo encontro. Segundo esta enfermeira, a D^a I. no decorrer dos cuidados de higiene, quando era incentivada a desenvolver as atividades de vida diária com a maior independência possível, referiu num tom agressivo: “Também você!? Já não basta os seus colegas que vêm à noite!? Já tenho fisioterapia que chegue!?”.

Nesse momento vivi um misto de sentimentos: primeiro, esse discurso agressivo não era compatível com a pessoa que conheci; segundo, pensei automaticamente: “Mas afinal não queria recuperar? Acha que a recuperação será feita com apenas algumas horas do dia? Acha que a recuperação será feita apenas com as sessões de fisioterapia, num período limitado do seu dia? Como é que achará que vai recuperar independência para por exemplo se vestir e despir, sem de facto treinar essa atividade?”; em terceiro, senti de repente um enorme receio de voltar a revê-la, porque afinal, ao contrário do que pensei, as minhas intervenções não são desejadas, e eu poderei ter sido inconveniente.

Depois de refletir sobre o sucedido percebi que tive dificuldade em avaliar as suas dificuldades, as suas necessidades de repouso depois de um dia desgastante. Assumi, ao dizer-me que queria muito recuperar, que o queria fazer com a maior rapidez possível e assumi que as minhas intervenções poderiam ser importantes para alcançar esse objectivo.

Por outras experiências que tenho vivido, nomeadamente neste hospital, assumi que todo o tempo vivido neste espaço poderia ser útil para readquirir competências/independência. Assumi, que a reabilitação deveria acontecer, desde “o acordar” até “ao deitar”, porque no dia-a-dia as atividades acontecem assim. Mas esqueci-me que a tolerância ao esforço varia de pessoa para pessoa... Não fui sensível ao ponto de perceber a dificuldade e o cansaço que a D^a I. sente cada vez que quer mexer o seu pé esquerdo 1 cm.

Tentei perceber quais eram os seus objectivos, mas não tentei perceber de que forma os queria alcançar. EU fiz o planeamento das intervenções, atendendo àquilo que EU achava útil e oportuno.

No dia seguinte, fui até ao seu quarto e não fazendo perceber que me tinha sido comunicado o seu desconforto, perguntei-lhe como se estava a sentir com as nossas intervenções. Perguntei-lhe se as achava oportunas e úteis para que conseguisse atingir os seus objectivos. Respondeu-me com sinceridade: “Enfermeira, sinceramente até poderiam ser, mas não me consigo concentrar nas suas indicações, no fim de um dia difícil em que sou confrontada a todo o momento com as dificuldades. Ainda por cima para tentar fazer exatamente o que tento fazer na fisioterapia... mexer o braço e a perna! Sinto que preciso, mas não consigo com este ritmo, pelo menos por agora.” (*sic*).

Tentámos reorganizar o seu dia de forma a fazer um período de descanso na cama durante a tarde. Considerou pertinente. Disse-lhe que até me poderia afastar, se essa fosse de facto a sua vontade, mas tentei mostrar-lhe que o treino de atividades, como são exemplo o despir e o vestir só poderão ser treinadas nesta fase do dia e assim sendo poderíamos treinar atividades dessa natureza, quando se sentisse disponível mentalmente para o fazer. De facto, não é pertinente a realização intencional de mobilizações passivas e ativas assistidas quando essas atividades foram realizadas durante todo o dia. Seria importante uma maior partilha de informação entre os diferentes profissionais da equipa multiprofissional, no sentido de potenciar os ganhos na reabilitação das pessoas. Acordámos então, que as intervenções de enfermagem de reabilitação serão desenvolvidas ao seu ritmo, mediante a sua vontade e as suas necessidades. Reorganizarei o meu turno, no sentido de intervir junto da D^a I. mais cedo do que as 21h, hora a que tenho estado junto dela.

Tenho de estar atenta, em situações futuras, à intenção da pessoa, à sua vontade, às suas capacidades, e só perante isso é que devo planear intervenções, é que devo agir.

Dezembro. 2012

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

A D^a C. é uma senhora de 71 anos de idade, que está internada no Hospital do Mar desde 15 de Outubro para convalescença de défices resultantes de um acidente vascular cerebral (AVC) isquémico da artéria basilar e artéria cerebral média direita. Desse AVC resultou disartria, disfagia, hemiparesia esquerda e desequilíbrio na marcha. Neste momento a D^a C. apresenta ligeira lentificação no discurso, embora sem disartria, consegue alimentar-se sem disfagia, apresenta força 4/5 (na escala de *Lower*) no hemicorpo esquerdo e 5/5 no hemicorpo direito, mantém no entanto desequilíbrio na marcha e um forte receio de queda.

Tínhamos planeado para hoje treino de marcha no corredor. No decorrer da atividade a D^a C. procurava apoio bilateral e só desta forma é que progredia na marcha. Procurei um andarilho e fui informada de que esse material de apoio só está disponível no ginásio de fisioterapia.

De repente fui invadida por uma série de questões que despoletaram sentimentos de alguma revolta... Mas porque razão esse material está contido no ginásio de fisioterapia? Porque razão esse material deverá estar inacessível às pessoas internadas neste hospital após as 18h (hora de encerramento do ginásio)? A necessidade das pessoas se mobilizarem não existe apenas nos períodos em que este espaço está aberto! Não seria conveniente esse material estar num local acessível a todos os profissionais de saúde, nomeadamente daqueles que estão 24 horas por dia com as pessoas ali internadas?

Aquando da hora de jantar a D^a C., bem como uma grande percentagem de pessoas internadas neste hospital, são levadas ao refeitório em cadeira de rodas... Mas porquê? Porque é que o treino de marcha deverá estar restrito a determinadas horas do dia, especificamente com fisioterapeutas?

Sempre tentei trabalhar em parceria com todos os profissionais da equipa multiprofissional. Sempre procurei perceber a importância de cada um no processo de reabilitação da pessoa. Mas de repente parecia que tinha sido invadida por um sentimento de revolta, um sentimento que instintivamente me afasta da vontade de trabalhar em parceria. Pensei naquele momento: “Eu sou capaz de fazer este treino, eu farei este treino!”. Tinha apoio do corrimão e eu faria o apoio no lado contralateral.

A D^a C. conseguiu caminhar ao longo do corredor num espaço de cerca de 500 metros, sentindo segurança nessa atividade com o apoio oferecido pelo corrimão e pelo meu apoio. O sucesso era evidente, mas eu não me senti confortável com esta situação, e afinal que significado teve este treino se não será útil para que daqui a uns dias se sinta autónoma para por exemplo com os mesmos recursos se deslocar ao refeitório?

Senti que era necessário o encontro de estratégias para se reformular esta situação. É importante partilhar com os fisioterapeutas estas questões, para que se possa reestruturar o armazenamento deste material. Talvez este possa ser um primeiro passo para se promover a partilha de informação importante para a progressão do plano de reabilitação.

Dezembro. 2012

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

A D^a I. é uma senhora de 49 anos de idade que a 30/10/2012 se dirigiu ao hospital da sua área de residência por quadro de tonturas, cefaleias, náuseas e vômitos. Este quadro foi interpretado como síndrome vestibular periférico, pelo que teve alta hospitalar. No dia seguinte (31/10/2012) regressa ao mesmo hospital por manutenção da sintomatologia descrita e por diminuição da força no hemicorpo esquerdo. Nessa data realizou TAC Crânio-encefálico que confirmou diagnóstico de acidente vascular cerebral.

Foi repentinamente confrontada com alterações bruscas na sua vida, que segundo refere a transformaram “noutra pessoa” (*sic*). Tem agora restrições à sua atividade que a impedem de ser independente na realização de atividades simples “básicas do dia-a-dia” (*sic*). Era, segundo refere, uma mulher ativa, que vivia constantemente com um elevado nível de stress, associado à sua atividade profissional (diretora financeira). E agora, vive os seus dias, “à espera que aconteça algo de novo” (*sic*).

Neste momento a D^a I. apresenta força de grau 5/5 (avaliado na Escala de *Lower*) em todos os segmentos do hemicorpo direito e força de grau 1/5 no membro superior esquerdo e 3/5 no membro inferior esquerdo. Apresenta no hemicorpo esquerdo hipostesia e hipoalgesia. Tem mantidas, sensibilidade térmica e postural apenas no membro inferior desse hemicorpo. Apresenta ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à esquerda e ligeiro desvio da comissura labial para a direita. Apresenta disfagia de nível 5 (avaliada segundo escala gravidade da disfagia, desenvolvida por O’Neil, *et al.* (1999), com aspiração apenas de líquidos, com reflexo de tosse eficaz. Tem mantido equilíbrio dinâmico quando sentada e apresenta deficit de equilíbrio estático em posição ortostática. Apresenta *neglect* com dificuldade no reconhecimento dos objetos situados à esquerda. No início do internamento no Hospital do Mar, apresentava incontinência urinária de esforço que se traduzia em perdas involuntárias de urina que obrigavam à utilização de fralda. Desde o dia 11/12/2012 a D^a I. tem realizado exercícios de *Kegel* e implementado treino de hábitos sob a minha orientação. Neste momento refere não ter perdas à mais de 8 dias. Foi sugerida a utilização de penso de proteção com as suas cuecas, as que utilizava antes do acidente.

Quando foi feita essa sugestão a D^a I. disse “não enfermeira, tenho receio, de ter alguma perda, principalmente quando vou a casa e durante a noite. Já viu o que é estar a dormir na mesma cama que o meu marido e ele acordar deitado em cima da minha urina!?”. Perguntei-lhe quem é que em casa lhe colocava a fralda, ao que me responde, com um fâcies triste e com olhar desviado do meu: “o meu marido” (*sic*). A sua expressão, que tentava esconder uma profunda tristeza, revelou-me que a D^a I. precisava de falar... Por isso perguntei-lhe se havia alguma coisa que quisesse falar comigo... Sem controlar o choro, que apareceu subitamente, a D^a I. revela: “também por causa desta fralda, que me faz parecer um bebé, já não temos relações desde Outubro. Não é que seja grave, mas não vejo hipóteses de recuperar totalmente a I. que existia e não sei o que ele sente. Como é que voltarei a poder ter relações!? Para além da fralda, este braço teima em não mexer” (*sic*) batendo incessantemente no membro superior esquerdo. Continua: “a perna ainda vai mexendo, mas não com a rapidez necessária... Olhe para mim...” Chorou... chorou... e depois de uns segundos a chorar diz: “O meu marido só tinha mudado fraldas à minha filha... Eu sou mulher dele!” (*sic*).

A I. estava a revelar-me que, a alteração da mobilidade e a utilização da fralda, por alterações no controlo vesical, estava a afectar fortemente a sua sexualidade.

Sempre me preocupei em promover a maior autonomia possível na satisfação da necessidade de eliminação, por ser uma atividade que interfere fortemente com a privacidade da pessoa e o fato de não o conseguir fazer autonomamente pode influenciar negativamente a sua autoestima. No entanto, nunca tinha reflectido sobre a influência que o uso de uma fralda tinha na questão da sexualidade. No decorrer de um processo de reabilitação estamos muitas vezes direccionados para a recuperação da independência ou para o aumento da adaptação a determinada limitação para se tornar autónomo nas atividades de vida diária. Poucas ou nenhuma vez o meu pensamento passou pela interferência que o uso de uma fralda tinha na atividade sexual de uma pessoa.

No decorrer da nossa conversa procurei reforçar o fato de não apresentar perdas há mais 8 dias em nenhuma fase do dia e que esse era

um indicador importante para nos fazer crer que a questão de eliminação estava controlada. O uso de penso de proteção seria apenas para diminuir a sua ansiedade. Apesar disso, falámos sobre a importância de partilhar os seus receios com o seu marido, uma vez que a D^a I. referiu ter com ele uma relação de forte proximidade e confidencialidade. Falámos também sobre a possibilidade de adequar o ato sexual à sua situação física atual.

Senti que este momento foi importante para a D^a I. perceber que existem adaptações importantes que podem ser feitas ao dia-a-dia, e que deixar de viver esses momentos não é a solução. E foi importante para mim no sentido em que me fez refletir sobre o que esconde uma alteração física, o que implica essa alteração no dia-a-dia de uma pessoa. A sexualidade é um assunto ainda tabu, difícil de ser falado, mas existe na vida das pessoas e é uma preocupação premente das pessoas que por situação de dependência repentina o deixaram de fazer. A D^a I. estava à espera de recuperar totalmente a sua condição física para o fazer... Mas quanto tempo demorará essa recuperação? Poderá demorar tempo demasiado.. Poderá demorar o tempo suficiente para que uma relação, neste caso tão adequada aos seus ideais, seja destruída, pela falta de diálogo e falta de informação. Não é necessário esperar. É importante encontrar uma adaptação a esta situação e encontrar uma forma de continuarem a viver felizes enquanto casal. O enfermeiro de reabilitação deverá pois, ter um papel facilitador desta adaptação. Deve promover esta transição que parece tão difícil de vivenciar.

Janeiro. 2013

ANEXO

**ANEXO I – FIGURA 1 DO ARTIGO “EXPERIENCING
TRANSITIONS: AN EMERGING MIDDLE-RANGE THEORY”
DE MELEIS, *et al.*, (2000)**

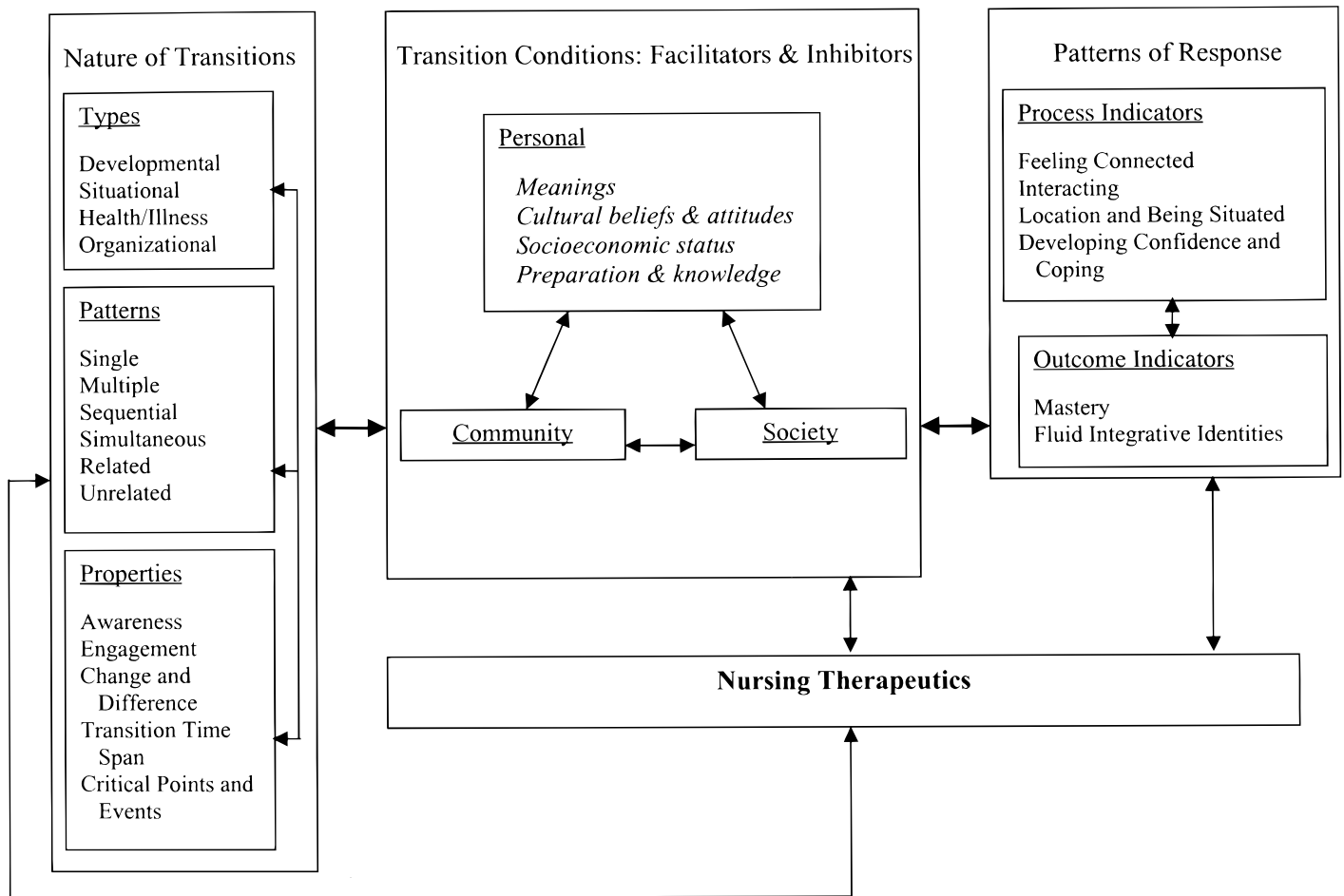


Fig 1. Transitions: a middle-range theory.